22500385008

BRITISH MEDICAL
ASSOCIATION
Library

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION LEIPZIG

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

Herausgegeben von

Albrecht Erlenmeyer (Bendorf),
Deutschland
dem Begründer des Blattes,

van Deventer (Meerenberg), Niederlande; **Gowers** (London), England; **Ireland** (Mavisbush), Schottland;
Kowalewskij (Charkow), Russland; **Ladame** (Genf), Schweiz; **Lange** (Kopenhagen), Dänemark;
Laufenauer (Budapest), Ungarn; **Lombroso** (Turin), Italien; **Morel** (Gand), Belgien; **Morselli** (Genua), Italien;
Obersteiner (Wien), Oesterreich; **Seguin** (New-York), Nordamerika

Redigirt von

Dr. med. et phil. R. Sommer
Privatdocent für Psychiatrie an der Universität Würzburg.

XVI. Jahrgang. Neue Folge IV. Band.

COBLENZ & LEIPZIG.
Druck und Verlag von W. Groos, Königl. Hofbuchhandlung
(Kindt & Meinardus).

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY
Coll. WelMOmec
Coll.
No.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION

Autoren-Register.

A.

Abbe 130. 131.
Abegg 25.
D'Abundo 30.
Achard 368.
Adamkiewicz 102. 103.
Affleck 78. 79.
Agostini 192.
Alt 52—54. 395. 396.
Althaus 94. 386. 387.
Anderson 134.
Andrews 431.
Antonelli 66. 67.
Arbo 197.
Armstrong 237.
Audeoud 539.

B.

Babes 373.
Bach 57—63. 338. 339.
Baer 435.
Ballet 531.
Baquis 425.
Bardol 578.
Baroncini 195.
Bassatte 135. 136.
Bassett-Smith 278.
Bassi 178.
Bauke 85.
Beadles 150.
Béchet 143.
Bechterew 15—16. 125. 146. 147. 323. 324. 372. 587.
Benedikt 252. 253.
Berg 416.
Berger 238. 239.
Berillon 17.
Bernard 396.
Bernhard 83—85. 232.
Bernhardt 340.
Bertillon 394.
Bianchi 32.
Bidon 141.
Bikeles 196. 252. 426. 595.
Binz 342.
Bissel 282.
Blackford 279. 280.
Bleuler pg. 9.
Blomberg 576.
Bogroff pg. 11.
Bondurant 193.
Borelius 131. 132.
Böttiger 143.
Bottini 588.
Bouffé 588.
Bourges 408.
Bourneville 490. 492.
Bouveret 243.
Boyd 271.
Bregmann 64.
Bremer 292. 293. 370.
Breuer 191.
Brie 143.
Brown 575.
Browning 82. 576.
Brunnberg 95.
Bruns 188. 189.
Bryant 246.
Buch 574.
Bull 75. 135.
Bulloch 416.
Bur 278.
Burckhardt 136.
Burr 134. 135.
Burger 71.
Burnett 90. 91.
Burney 380.
Buschan 431.

C.

Campbell 385.
Camuset 80.
Carson 370.
Chabbert 291.
Chalybäus 477.
Channing pg. 28.
Chapuis 139.
Charcot 9. 91. 292. 225. 246. 247.
Chatelain 419.
Chouppe 581.
Christiani 428.
Church 270.
Chvostek 192.
Cionini 253.
Clark 237. 281.
Clarke 486.
Clod-Hansen 103. 104.
Cohn 536.
Cole-Baker 546.
Coley 130 131.
Comby 344.
Corning 233.
Cousot 79. 80.
Cristiani 351.
Cullerre 101. 102. 591.

D.

Dagonet 352.
Dana 272.
Darkschewitsch 125. 126.
Dauriac 490.
David 575.
Davies 269.
Dean 132. 133.
Dees 28.
Dehio 488. 485.
Delboef 385.
Delprat 373. 75.
Dentu 584.
Dercum 12.
Despagnet 28—29.
Determeyer 592.
Deventer 161—173.
Devic 243. 244.
Deydier 580.
Dietz 221.
Diller 327. 328.
Dinkler 377.
Donath 424.
Dourdoufi 146.
Dowling 426,
Doyen 373.
Dunn 351. 371.
Dutil 234. 411.

E.

Eberling 424.
Ebstein 70.
Edinger 314.
Edgren 341.
Eickholdt 221.

Eisenlohr 340. 341.
Ellis 173.
Engelmann 411.
Erb 238.
Erlenmeyer 585.
Eskridge 330.
Eulenburg pg. 11—12.
Ewald 276, 277.
Exner 553.

F.

Falk 232.
Feist 126.
Féré 81. 82. 249. 378. 432 bis 433. 589.
Ferrarini 487.
Ferri 411.
Ferrier 133.
Février 372. 373.
Field 384.
Flehne 144,
Fischer, Fr. 221.
Forssberg 86. 87.
Fournier 417.
Francotte 343. 344. 429.
Frankl-Hochwart 412. 419.
Frenkel 539.
Freud 153. 191. 480. 578.
Friedenwald 414.
Friedmann 76. 77.
Fromme 89. 90.
Fronda 93. 487.
Fry 190.
Fuchs 409.
Fürstner 198.

G.

Gajkiewicz 40—42.
Galippe 32.
Gasne 248.
Gaule 550.
Gauthier 175. 176.
Geigel 55.
Geill 429.
Gerhardt 83.
Gerlach 28.
Gerster 378.
Gessler 106.
Gibson 587,
Gierschson 390—92.
Gilmore 26—27.
Goldscheider 222, 325.
Goldzieher 65. 66. 181. 236—237. 478.
Gordon 145.
Götze 406—408.
Gowers 394.
Grashey 226.
Grasset 269. 270.
Del Grecco 31, 488.
Greig 271. 272.
Groenouw 67. 68.
Grosse 324. 325.
Gucci 240—241.
Gugl 225. 226,
Guicciardi p. 30—31.
Günther 434.
Gurrieri 30.
Guttmann 374.
Grandclément 335. 336.
Gray 332. 333. 370. 492.

H.

Haas 366. 367.
Hallion 64, 65.
Hammond pg. 12. 290. 325. 344.
Handford 369
Hanot 335.
Hawkins 424.
Hecker 432. 565—572.
Heddäus 479.
Helweg 128.
Herz pg. 26.
Heyse 328.
Higier 579.
Hinsdale 384.
Hirschberg 375.
Hirschfeld 425.
Hirt 77. 78. 266.
His 572
Hitzig 88. 89. 98.
Hoche 201 202.
Hocheisen 412.
Hochhaus 532.
Hoevel 195.
Hoffmann 483. 484. 582.
Holm 582.
Homen 88.
Hoppe 182.
Horsley 82.
Hougberg 150. 151.
Huet 241.
Hulscher 327.
Hwass 181. 182.

I.

Ignatoff pg. 14—15.
Ilberg 202.

J.

Jäckle 342.
Jackson 64.
Jacobson 248. 331. 332. 420.
Jaksch 96.
James 279. 583.
Janet 79. 578.
Jankura 96. 97. 250. 251.
Joffroy 351. 368.
Jolly 75. 76. 339.
Josserand 246.

K.

Kaan 196.
Kalischer 87. 88.
Keen 350.
Kellogg 193. 194.
Kenyeres 10.
Kernig 580.
Kerr 72. 73.
Kiaer 187.
Kirchner 140.
Kirn 221.
Kjellmann 282.
Knapp 272. 273.
Koch 45—47.
Köhler 428.
Kölle pg. 19.
Koenig pg. 21. 35. 217—219. 227—230. 321. 322.
Koerte 585. 586.
Kolisch 533.
Kopp 421.
Koppers 427.
Kornfeld 196. 252. 426. 595.
Korssakow 467.
Kossel 42.
Kowalewsky 113—124. 346 bis 348. 418.
Kraepelin 104—106. 200,
v. Krafft-Ebing 149. 221. 415. 527.
Krarup 17.
Krauss 185.
Krause 541.
Kreidmann 225. 437.
Kreuser 201.
Kronthal 87. 88.
Krypiakiewicz 193.
Kuh 277.
Kurella 224. 468. 469. 470 bis 477. 519—526.

L

Lahmann 224. 225.
Lamy 234.
Lancereaux 7—9. 314.
Landerer 221.
Lange 148.
Lannois 139. 243. 334. 335
Laquer 239.
Laschi 79.
Lastschenko 93. 94.
Lavaure 529.
Lavisé 592.
Leegaard pg. 6. 248.
Legrain 532.
Lehmann 262—265.

Lemoine 290.
Lenhossék 458—463.
Lenmalm 242.
Leroy 274. 275.
Leszynsky 329. 330.
Levin 294.
Leyden 5—6.
Lipkau 324.
Lloyd 380.
Lombroso 379. 392. 393. 519.
Londe 538.
Louguet 27.
Luco 294.
di Luzenberger 33.

M.

Mabille 532.
Mackenzie 345.
Macpherson 154. 269.
Madden 419.
Magnan 21—22. 32. 91. 595.
Mann 173. 186.
Marandon de Montyel 590.
Marie 43, 44.
Marimó 32.
Marinesco 482.
Massalongo 427.
Massaul 384.
Mattison 90.
Maude 486. 545.
Maunourie 80.
Mayer 194.
Mendel 145.
Menzies 138. 139.
Mercklin 257—262.
Mesnet 80.
Michailowsky 136.
Michel 54—55.
Mies 547.
Mills 242. 350.
Mingazzini 32.
Mitchell 336.
Miura 421.
Möbius 52. 222. 283—285. 286—290. 401—406.
Moeli 37—40.
Moll 54. 230—231.
v. Monakow 577.
Mongardi 375.
Morel 158.
Morselli 592.
Muchin 212—217.
Mudel 380
Müller 124. 125. 349, 436
Murray 329. 350.

N.

Näcke pg. 19. 97. 98. 320. 321. 430. 431. 449—458. 502. 503.
Nagy 358—361.
Nahmmacher 411.
Natvig 126.
Neumann 221. 486.
Nicolajevic 577.
Nicolaysen 379.
Nissl 315.
Noir 492.
Nonne 337.

O.

Obersteiner 63—64. 265 bis 266. 438. 466—466.
Oebeke 147.
Oelzelt-Newin 220.
Oliver 544.
Olsson 249.
Oppenheim 223. 224. 413. 414. 540.
Osborn 334.
Osler 484.
Otto 463. 464.

P.

P. 353—358.
Packard 334.
Parinaud 410.
Paul 589.
Pellizzi 185. 234. 383.
Pelmann 157. 158. 438.
Penta p. 29—30. 33.
Peretti 338.
Pershing 336.
Péron 82. 83.
Petersen 33.
Pfannenstill 178.
Pfister 327.
Phelps 239. 240.
Pick 19—20.
Piel 423.
Pierson-Sperling 266.
Pitres 546.
Placzek 36. 37. 71. 72.
Platonnow 505—518.
Pleraccini pg. 20.
Plessner 342.
Pollitz 251.
Poncet 427.
Popoff 20—21. 233. 247. 422.
Preston 235.
Prince 293.
Putnam 137. 139. 140. 582. 591.

Q. vacat.

R.

Rabow 40.
Ramadier 34—35.
Ranson 361, 362.
Raymond 7, 283. 538.
Reche 410.
Redlich 1—5. 6—7. 573.
Regis 529. 532.
Remak 249. 250.
Rembold 489.
Revilliod 539.
Reynolds 189.
Richter 429.
Rieder 187. 188.
Rieger 200.
Rikli 184.
Riley 129.
Robertson 153. 154.
Robinson 378. 580.
Roller 316,
Rosenbach 209—212.
Rosenberg 142.
Rosse 196.
Rossi 387. 388.
Roth 223.
Russell 329.

S.

Sabrazès 546.
Sacchi 174.
Sacki 543.
Sachs 44. 45. 236. 378. 414. 415.
Salgó 22—25.
Sauvineau 68. 69.
Savill 371.
Schaeffer 203.
Schedtler 17.
Scheiber 136. 137.
Schibbye 75.
Schiefferdecker 42—43.
Schimmelbueh 73. 74.
Schlesinger 129.
Schmid 378.
Schmidt 52. 180. 181. 190. 191.
Schmidkunz 528.
Schmidt-Rimpler 418.
Schmucker 362.
Schneller 65.
Schönemann 126. 127.
Schrenck-Notzing 48. 49. 152. 153.
Schüle 221.
Schultze (Dresden) 141. 220. 337,
Séglas 531.
Seifert 179
Senator 83. 84.
Seppilli 10—11. 179.
Sergent 410.

Sérieux 34. 235. 283.
Siemens 438.
Siemerling 232. 313.
Silfverskiöld 281. 282.
Sioli 203. 317.
Skipton 333.334.
Smith 28.
Sollier 223.
Sommer 305—313. 439. 440. 547. 555 - 560. 561—65. 593. 599 - 605.
Sottas 326.
Souques 130. 248.
Spitzka 281.
Starr 95. 273. 380.
Stcherback 362. 363. 364.
Stearn 197.
Steel 273.
Steffani 245.
Sterne 278. 279.
Stevens 381—383
Stichl 225. 226.
Stieglitz 275. 364—366.
Strauss 71.
Ströbe 232.
Ströber 270. 271.
Strümpell 488. 541. 572.
Suckling 330. 535.
Suillery 540.
Szalay 94.

T.

Talma 140.
Tamassia 31.
Tamburini 253. 254.
Tatartscheff 539. 576.
Tayler 584.
Teissier 334.
Terillon 350.
Thiriar 428.
Thomas 191.
Tischkoff 383. 384.
Török 388 bis 390.
Tooth 478. 544.
Topolanski 412. 413.
Tomlinson pg. 12.
Tourette 47 bis 48.
Tuke 350.
Tuczek 526.
Triantaphyllides 536.

U.

Uhthoff 127. 128.
Ulrich 420.

V.

Valude 342.
Vassale 174. 176 bis 178. 184.
Venanzio 93.
Ventra 16.
Vermehren 345. 346.
Vestberg 416.
Vialet 479.
Vincent 367. 368.
Voipu 531.
Voisin 82. 83. 531.
Vollmer 343.
Vorster 200. 201.

W.

Wadell 536.
Wallet 247. 248.
Watson 482.
Wernicke 18.
West 74.
Wette 174. 175.
Wetterstrand 151. 152.
Weygand 434.
Wheaton 280. 281.
White 41[illegible]. 412. 545.
Wichmann 13 bis 14.
Wiedemeister 92. 93.
Wiglesworth 481. 535.
Willard 380.
Williamson 333.
Wills 368.
Wilser 221.
Windscheid 266 bis 268.
Winge 75.
Wood 575.
Worcester 294,
Wright 197.
Wulff 147. 148.
Wyss 426.

Z.

Zenner 331. 479.
Ziehen 528.
Zinn 57[illegible]. 438.

Sach-Register.

A.

Abführmittel bei acuten Geistesstörungen 1?4.
Abstinenzerscheinungen nach Morphium-Entziehung 88. 89.
Acromegalie 334. 368. 591.
Acroparästhesie 141. 239.
Agraphie 235.
Albuminurie bei Epileptischen 82.
Alexie 331.
Algesimetrie 574.
Alcoholfrage 572.
Alcohol-Paralyse 329.
Amblyopie durch Tabak-Intoxication 426.
Amblyopie, transitorische 66.
Amblyopie, intoxicatorische 67.
Amnesie 195.
Amyotrophia hysterica 292.
Anästhesie bei Läsion des gyrus fornicatus 371.
Anästhesie, cerebrale 419.
Analgesie 273.
Analyse, chemische, der Nervensubstanz 406.
Angstzustände ?65.
Anisocorie 82.
Anthropologie 197.
Anthropometrie 394.
Antipyrin 12.
Aphasie 370.
Aphasie subcorticale 9.
Aprosexia nasalis 148.
Arsenik-Lähmung 339. 340.
Arterien-Erkrankungen 234.
Arteriosclerose 270. 463.
Arthropathie 9.
Arthropathie myélopathique 539.
Arthropathia tabidorum 278. 538.
Arztwohnungen 607.
Asphyxie locale 81.
Astasie-Abasie 248. 292.
Asthma als epileptisches Aequivalent 584.
Ataxie 278.
Ataxie, hereditäre 6.
Ataxie, hereditäre, Friedreich's 541.
Athetose 138. 139. 242. 334.
Atrophia nervi optici 338.
Atropin-Vergiftung 342. 343.
Augenbewegungen 217.
Augenmuskelähmung, angeborene 57.
Augenmuskeln und Physiognomik 381.
Augenmuskelstörungen bei Tabes 540.
Augenstörungen 127.
Augensymptome bei Neurosen 412.
Automatismus 281. 390.
Autointoxication 529.

B.

Bäder (Franzensbad) 437.
Balkenmangel 532.
Basedow'sche Krankheit 238. 283. 286. 411.
Basedow'sche Krankheit bei Tabes 368
Bau des Nervensystems 265. 438. 458. 572.
Begriffscentrum 583.
Behandlung der Chorea 344.
Behandlung der irren Verbrecher 434.
Behandlung der Hysterie und Epilepsie 151.
Behandlung von Nervenkrankheiten nach Motschutkowsky 11.
Behandlung der Rückenmarkskrankh. 587.
Behandlung der chronischen Rückenmarkskrankheiten 431.
Behandlung von Kopfschmerz und Schlaflosigkeit 146.
Behandlung des Myxoedems 345.
Behandlung der Nervenkrankheiten mit dem Bicycle 344.
Bertillonage 394.
Bewegungsempfindungen 361.
Blei-Intoxication 338.
Bleivergiftung 364. 406.
Blepharophimosis 57.
Blindheit (bilaterale 10.)
Blutcirculation 226.
Blutentmischung 224
Bulimie 245.

C.

Caput obstipum congenitum 33.
Chorea 190 589.
Chorea, hereditaria 87. 138. 139. 189. 239. 484.

Chorea-Nephritis 191.
Choreatische Bewegungen 525.
Chorea (Aetiologie) 575.
Chloroformismus 426.
Claudication intermittente 234.
Cocainismus 90.
Conjugirte Augenbewegungen 65.
Compressionsmyelitis 362.
Contagion, psychische 489.
Contracturen 350.
Convulsionen 290. 429.
Craniectomie 492
Craniometrie 388.
Craniotomie bei Imbecillität, Epilepsie und Paralyse 95.
Criminalanthropologie 392. 436. 449.
Cuneus 479.
Cysticercus des Gehirns 294.

D.

Dämmerzustände, postepileptische 358.
Degeneration 21. 30. 32.
Degenerationsanthropologie 224. 253. 390. 502. 519
Degenerationslehre 387. 595.
Degenerationszeichen 34.
Degeneration von Nerven 64.
Degeneration, absteigende 54.
Degeneration, experimentelle, des Sehnerven 54.
Degeneration, secundäre aufsteigende 125. 366.
Degeneration (primäre und secundäre) 176.
Degenerationen im Rückenmark 234.
Délire de toucher 384.
Delirium acutum 374.
Dementia acuta nach Typhus 195.
Dementia paralytica 20.
Dementia paralytica (Aetiologie) 40.
Depressio parieto-occipitalis 32.
Deviation, coniugirte 55.
Diabetes mellitus 70.
Diaphragmalähmung 330.
Difformität 32.
Diplegie, cerebrale 480.
Disposition, sittliche 220.
Doppelbilder bei Augenmuskellähmung 223.
Duboisin 97. 145. 590.
Dysphagie, spasmodische 577.
Dysthyma neuralgica 93.
Dystrophia muscularis 140. 238.

E.

Echinococcus des Gehirns 380.
Eclampsie 280. 342.
Eifersuchtswahn 149.
Electrodiagnostik 52.
Electrotherapie 11. 52. 266. 373. 378.
Encephalitis haemorrhagica 180.
Endogene Nervenkrankheiten 561.
Entwicklungshemmung 147.
Enuresis bei Kindern 282.
Enuresis nocturna 589.
Epicanthus 57.
Epidemie hysterischer Krämpfe 77.
Epilepsie 82. 95. 96. 141. 282. 336. 358. 373. 576.
Epilepsie-Behandlung 378.
Epilepsie, Bewegungen im Schlaf 582.
Epilepsie (Mortalitätsstatistik) 294.
Epilepsie, pathologische Anatomie 582.
Epilepsie, seltene Formen von, 583.
Epilepsie, traumatische 80.
Epilepsie (Therapie) 447
Epilepsie (Trepanation) 428.
Epileptikeranstalten 156.
Erinnerungsfälschungen 17.
Ermüdungsgefühl (Fehlen bei Tabes) 539.
Erregbarkeit, electrische, der Muskeln 241.
Erregbarkeit (Veränderung der Muskel-Erregbarkeit) 173.
Erythromelalgie 83.
Exophthalmia unilateralis intermittens 410.
Exophthalmus 338.

F.

Facialislähmung 478.
Facialislähmung bei Hysterie 581.
Färbungsmethoden 232.
Förster'scher Verschiebungstypus 71.
Folie á deux 150, 162.
Folie du doute 384.
Fingerformen 30.
Fixe Ideen 18.

G.

Gallensteine bei Geisteskranken 150.
Ganglion Gasseri Exstirpation 373.
Gangrän, symmetrische 485.
Gefangene (psychiatrische Untersuchung der G.) 158.
Gegenwille 153.
Gehirnoberfläche, Tafeln 102.
Geisteskrankheit im Kindesalter 28.
Geisteskrankheiten (physikalische Behandlung) 12.
Geistesschwäche nach convulsiven Neurosen 429.
Geistesstörung bei Myxoedem 427.
Geistlichkeit 106.
Geistlichkeits-Psychiatrie 204. 255.
Gemüthsbewegungen 432.
Geschichte der Psychologie 439.
Geschlechtssinn 48.
Geschmackscentrum 362.
Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten in Berlin 440.
Gesetz v. 11. Juli 1891 pg. 155.
Gesichtsfeld 35.

Gesichtsfeldeinschränkung 595.
Gesichtsfeld-Ermüdung 227.
Gesichtsskelett 57.
Gewebelehre 42.
Glossopharyngeus 322.
Giftmischer 387.
Glandula pituitaria 174.
Gräfe'sches Symptom 411.
Graphospasmus 34.
Griesinger'sches Programm 599.
Gutachten betr. C. Fr. A. Krüger 429.

H.

Hämatomyelie 273.
Hämorrhagia cerebralis 271. 272. 481.
Hämorrhagia subduralis 370.
Halbseitenlähmung 187.
Helbseitenlähmung des Rückenmarks 275.
Halbtraumzustand 194.
Hallucinationen 19. 192. 257.
Hallucinationen des Gesichts 20.
Hautödem, angioneurotisches 85. 86.
Hautreflexe 441.
Hemianästhesie 36.
Hemianalgesie 273.
Hemianopsie 371. 410. 418. 479.
Hemiatrophia facialis 12.
Hemichorea 441.
Hemiplegie 178.
Hemiplegie bei Diphtherie 179.
Hemiplegia bei Typhus abdominal. 424.
Hemiplegie, cerebrale 573.
Hemiplegia (hysterica) 249.
Hemiplégie mit Epilepsie 378.
Hemiplegie ohne Herderkrankung 331.
Hemiplegia post-diphterica 424.
Hemisphärenmark 44.
Hereditäre Psychosen 31.
Heredität 251.
Heterotopie 136.
Hinterhauptslappen 203.
Hirn-Abscess 132. 350.
Hirnchirurgie 380.
Hirnentwicklung 236.
Hirnkrankheiten und Erkrankung des Gehörorgans 272.
Hirnsection 313.
Hsrnsyphilis 127.
Hirntumor 133. 270. 333.
Hirnverletzung 131.
Höhlenbildung des R. M. 39.
Hyaline Degeneration 416.
Hydrocephalus 426.
Hydrotherapie 198. 349.
Hypnal 144.
Hypnose 385. 432.
Hypnose bei Geisteskranken 153.
Hypnose (Geburt in) 152.
Hypnotische Experimente 527.
Hypnotische Phänomene, Mechanismus derselben 17.
Hypnotismus 49. 152. 464. 527.
Hypochondrie, sexuelle 196.
Hypophysis 126.
Hysterie 47. 72. 73. 79. 151. 153. 191. 238. 245. 335. 336. 421. 422. 486. 577.
Hysterie (Anorexie) 247.
Hysterie bei Kindern 137.
Hysterie, blutiges Sputum bei 580.
Hysterie, Definitionen 578.
Hysterie, Erbrechen 580.
Hysterie, Facialislähmung 581.
Hysterie (Laparotomie) 246.
Hysterie (männliche) 247. 248.
Hysterie nach Trauma 294.
Hysterie (Pseudo-Hämoptoë) 246.
Hysterie, Stottern bei 579.
Hysterie, traumatische 423.
Hysterie (trophische Störungen) 248.
Hysterie (unter dem Bilde von organischen Hirnkrankheiten 579.
Hysterisches Fieber 78.
Hysterische Krämpfe 77.
Hysterische Lähmung 74.
Hystero-Epilepsie 151.

I.

Idiotenanstalten 156. 501.
Idiotie 147. 490.
Idiotie durch Meningealerkrankung 492.
Influenza-Psychosen 94. 386. 424. 425.
Injection von Methylenblau 376.
Injection von Nervensubstanz 373.
Injection von Nervensubstanz bei Geistesstörung 591.
Injectionen von phosphorsaurem Natron. 343.
Injection von Testikelsaft 588 589.
Injection von Testikelsaft und Nervensubstanz 427.
Intoxications-Psychosen 193.
Irrenpflege (Staat u. Kirche) 443. 555.
Irrenseelsorge 397. 601.
Irrenseelsorger-Conferenz 107.
Irrenwesen in Preussen 438.
Irrenkliniken 157.
Ischias 587.
Ischias scoliotica 249.
Isotonie des Blutes 192.

K.

Kaliauribromid 96. 250. 447.
Katatonie 28. 321.
Katatonische Symptome bei Paralyse 19.
Kinderlähmung 334.
Kinderlähmung, cerebrale 136. 321.
Kneipp'sche Kur 477.
Kniephänomen 64. 233.

Kochsalz-Infusionen 262.
Kopfschmerzen 12.
Kraniologie 197.

L.

Lähmungen. atrophische 324.
Lähmung nach Diphtherie 341.
Lähmung nach Infectionskrankheiten 135.
Lähmung, organische u. functionelle 578.
Landry'sche Paralyse 367.
Laryngeal-Nerven 529.
Laryngismus 269.
Lateralsclerose 292.
Lehrbücher der Psychiatrie 467.
Lepra 184. 546.
Lidbewegung, abnorme 65.
Lidbewegung, Association derselben mit seitlichen Bewegungen 409.
Linsenkern 305.
Localisationslehre 125. 320. 439.
Lombroso'sche Theorie 470.
Luftdruck - Erniedrigung (Einfluss auf Geisteskrankheit) 193.

M.

Magnetismus, thierischer 230.
Magneto-Therapie 252.
Maladie des ties 291.
Manie, periodische 352.
Mannkopf'sches Symptom bei traumatischen Nervenkrankheiten 71.
Méco-Varséiques 89.
Medulla oblongata 237. 536.
Melancholie 373.
Melancholie (inducirte) 28.
Menière'sche Krankheit 243. 575.
Meningitis cerebro-spinalis 201.
Menstruation und Geistesstörung 149.
Minderwerthigkeiten 45.
Monoplegia brachialis hysterica 421.
Morbus Basedowii 174 u. 175. 486. 591.
Morbus Basedowii, Behandlung 592.
Morphinismus 89.
Morphiumabstinenzerscheinungen 342.
Morphium-Vergiftung 343.
Morphologische Abnormitäten 561.
Morvan'sche Krankheit (cfr. Syringomyelie) 130. 186. 420.
Multiple Sclerose (Pseudo-Form) 536.
Muskelatrophie 88. 129. 281. 324. 483.
Muskelatrophie, progressive 541.
Muskelatrophie (progressive, neurotische 543.
Muskelsinn 235. 370. 573.
Muskelsinn Blinder 412.
Myelitis 145. 273. 274.
Myelitis, acute 5.
Myelitis durch Erysipelkokken 408.
Myotonie acquisita 140.
Myxödem 345. 427. 591.

N.

Negationsdelirium 428.
Nervenkrankheiten, Diagnostik 222.
Nervenkrankheiten nach Infectionen 340.
Nervenkrankheiten (physikalische Behandlung) 12.
Nervenkreislauf 225. 437.
Nervenzelle 315.
Nervenstörungen bei Typhus abdominalis 173.
Nervus glossopharyngeus 212.
Nervus medianus 584.
Nervus opticus 411.
Nervus opticus, Erscheinung des 414.
Nervus opticus bei Schädeldeformität 414.
Neurasthenie 113. 196. 349. 378. 436. 565.
Neurasthenie (Behandlung) 373. 589.
Neuritis 327. 328. 440.
Neuritis, alcoholica 545. 546.
Neuritis, multiple 329. 330. 413. 544.
Neuritis optica hereditaria 28.
Neuritis, peripherische 545.
Neuritis, traumatica 584.
Neuroma plexiforme 416.
Neurosen, Beschäftigungs- 576.
Neurosen, infantile 75. 76.
Neurose, traumatische 71. 159. 223. 327. 337.
Neurotomie des Sympathicus 96.
Nierenkrankheiten bei Geistesstörung 193.
Nona 27.
Nystagmus 55.

O.

Occipitallappen 10.
Onomatomanie 91.
Operation von Hirntumoren 370.
Ophthalmoplegie 57. 68. 232. 236. 535.
Ophthalmoplegia subacuta 425.
Opticuscentren 372.
Orientirungsvermögen der Brieftauben 553.
Othaematom 383.

P.

Pachymeningitis 481.
Parästhesie 239.
Paralysis acuta ascendens 482.
Paralyse, acute nach Influenza 440.
Paralysis agitans 141. 142. 143. 242. 482.
Paralysis generalis 417.
Paralysis progressiva 126. 147. 196. 252.. 351. 505. 535. 595.
Paralysis progressiva, Sprachstörungen 21
Paralysis spinalis syphilitica 277.

Paramyoclonus multiplex 240.
Paranoia 28. 200. 257. 351. 487. 488.
Paranoia, rudimentale 93.
Paraplegia brachialis 415.
Paraplegia syphilitica 326.
Pathologie der Gemüthsbewegungen 432.
Pedunculus 482.
Pellagra 184. 526.
Peptonurie bei Paralytischen 93.
Phrenicus 269.
Physiognomik 381.
Plexus brachialis 329.
Polioencephalitis superior 181.
Poliomyelitis 325. 367.
Polyneuritis 195.
Polyurie bei Geistesstörung 92.
Pons-Erkrankung 37.
Pons Varoli 273.
Porencephalie 10. 380. 490.
Posthemiplectische Erscheinungen 523.
Pseudourticaria 419.
Psychiatrie als Examensfach 200. 431. 439. 599.
Psychische Vorgänge, beeinflusst durch Arzneimittel 104.
Psychologie 439.
Psychologie, physiologische 528.
Psychologie, vergleichende 220.
Psychopathia sexualis 429.
Psychophysik 323.
Psychosen bei Kindern 76.
Psychosen nach Operationen 487.
Psychosexualismus 54.
Pubertätsperiode 535.
Puerperalpsychosen 26.
Pupillenstarre 479.
Pupillenungleichheit 410.
Pupillenverhältnisse 252.
Pupillenverhältnisse bei Epileptischen 82.

Q.

Quecksilberbehandlung bei Tabes dorsalis 377.

R.

Rankenneurom 416.
Rapport in der Hypnose 230.
Raynaud'sche Krankheit 333.
Reaction, psycho-physische, bei Gesunden und Kranken 14.
Reaction, psycho-physische in der Hypnose 15.
Reflex-Epilepsie 282.
Revulsivmittel bei Gehirn- und Nervenkrankheiten 585.
Rheumatische Affection der Nerven 126.
Riesen-Wuchs 420.
Rindencentra 125.
Rindencentrum des Facialis.
Romberg'sches Symptom 269.
Rückenmark 126. 128. 275.
Rückenmarks-Erschütterung 237.
Rückenmark (Gewicht) 547.
Rückenmarks-Krankheiten, Vorlesungen über 43.
Rückenmarksveränderungen nach Amputationen 1.
Rückenmarkswurzeln, hintere 6.
Ruminatio 351.

S.

Schädelanomalien 32.
Schädeldeformität 414.
Schädellehre 388.
Schädeluntersuchungen 430.
Schädelverletzung 585.
Schilddrüsen-Exstirpation bei Morbus Basedowii 588.
Schläfenfortsatz des Stirnbeins 29.
Schlaf (künstliche Verlängerung desselben) 151.
Schlaflähmungen 373.
Schlafzustände, pathologische 489.
Schrumpfniere als Ursache von Geistesstörung 25.
Schutzapparate der Paranoischen 257.
Seelsorge an Irrenanstalten 438.
Sehnerven-Erkrankung 463.
Sehnerven-Affection 327.
Selbstmord 252.
Semimbecillitas 30.
Serratus-Lähmung 188.
Sexualempfindung, conträre 48. 317.
Simulation von Geistesstörung 31.
Sinnestäuschungen 19.
Somnambulismus 80.
Spasmus glottidis 135.
Spasmen (ungewöhnliche Formen) 134.
Speiseordnung an Irrenanstalten 385.
Spinalganglien 124.
Spinalparalyse, spastische 418.
Spinalparalyse (syphilitische) 540.
Sprachstörung 593.
Sprachstörungen bei Paralyse 21.
Sprachtheorie 593.
Statistik der Nervenkrankheiten 384.
Steinträger-Lähmung 187.
Strumectomie 486.
Stupor 25.
Suggestion 252. 432. 488.
Suggestion bei Hysterischen 79.
Suggestion bei Menstruationsbeschwerden 95.
Suggestion, nicht hypnotische, 16.
Suggestionslehre 49.
Suggestionstherapie 11. 48. 101. 527.
Sulfonal 90.
Sulfonalvergiftung 128.
Sulfonal-Wirkung 203.
Suspension bei Myelitis 145.

Suspension bei Rückenmarkskrankheiten 372. 587.
Sympathicus 96.
Sympathicus-Ganglien 411.
Syphilis 332. 346.
Syphilis des Nervensystems 40. 113. 394.
Syphilis des Rückenmarkes 182. 276.
Syphilis und Tabes 7.
Syringomyelie 129. 130. 185. 238. 546.

T.

Tabes dorsalis 9. 276. 324. 368. 417.
Tabes dorsalis, Aetiologie 7.
Tabes dorsalis, pathologische Anatomie 6.
Tabes dorsalis (Urogenitalstörungen) 539.
Tabes bei Weibern 401.
Tätowiren 30.
Taubheit nach Diphtherie 544.
Taubstummheit 209.
Taucher-Lähmung 278.
Technik, microscopische 396.
Temporallappen 179.
Teratofobie 93.
Tetanie 243. 279. 577.
Tetanie im Kindesalter 136.
Thermoanästhesie 273.
Thomsen'sche Krankheit 241.
Thyreoidea 126.
Tolypyrin 374.
Tractus antero-lateralis 478.
Träume 434.
Transfusion von Nervensubstanz 589.
Tremor hereditarius 290.
Tremor (mercurialis) 246. 281.
Trepanation 132. 350. 428.
Trepanation bei Epilepsie 80.
Trepanation bei Hirntumoren 379.
Trigeminus 271. 275. 319. 332.
Trigeminus-Anästhesie 181.
Trional 143. 427.
Trophische Eigenschaften der Nerven 550.
Trophoneurosen 421.
Trunksucht 197.
Tumor des centrum ovale 370.
Tumor des Cerebellums 369.
Tumor des Gehirns 379.
Tumor der glandula pituitaria 368. 536.
Tumoren der medulla spinalis 538.

U.

Unfallverletzungen 395.
Untersuchungsmethoden des Nervensystems 63.
Urogenitalstörungen 539.

V.

Vacuolenbildung der Zellkerne im Gehirn von Irren 269.
Variabilität der Wahnvorstellungen 19.
Verbrecher, irre 434.
Verbrecheranthropologie 435. 468.
Verbrecherpsychologie 33.
Verein der deutschen Irrenärzte 295. 438.
Verein der südwestdeutschen Irrenärzte 198.
Vibrationstherapie 592.

W.

Wachabtheilungen 204.
Wärterfrage 605.
Wahnsinn, der chronische 22.
Wahnsinn, hallucinatorischer 252.
Wasserheilverfahren 477.
Wirbelbruch 586.
Wirbelsäuleverkrümmung 64.
Worttaubheit 176. 179.

Z.

Zähne bei Geisteskranken 33.
Zurechnungsfähigkeit 353.
Zwangsvorstellungen 196.

Verzeichniss der Originalien.

Seite

1) Zur Kenntniss der Rückenmarks-Veränderungen nach Amputationen. Von Dr. Emil Redlich, Hilfsarzt im städt. Versorgungshause in Wien . . . 1
2) Zwei Fälle von angeborener Augenmuskellähmung. Von Dr. Bach . . . 57
3) Neurasthenie und Syphilis. Von Prof. Paul v. Kowalewsky (Charkow) . 113
4) Aetiologie und Pathogenese des gemeinschaftlichen Irreseins (folie à deux), Dr. van Deventer, Director der Irrenanstalt Meerenberg 161
5) Beitrag zur Lehre von den Regulationsstörungen der Muskelthätigkeit bei Taubstummen. Von Prof. O. Rosenbach in Breslau 209
6) Der Nucleus dorsalis und der sensorische Kern des Nervus glossopharyngeus. Von N. Muchin 212
7) Ueber einen Fall von einseitigem Beweglichkeitsdefect des Bulbus nach oben. Von Dr. W. König 217
8) Bemerkungen über die Schutzapparate der Paranoischen und die psychische Beeinflussung der Hallucinationen. Von Dr. A. Mercklin, II. Arzt an der Irrenanstalt Lauenburg i. P. 257
9) Kochsalz-Infusionen bei abstinirenden Geisteskranken. Von Dr. med. Lehmann, Ass.-Arzt der Kreisirrenanstalt Werneck 262
10) Zur Pathologie des Linsenkernes und der inneren Kapsel. Von Privatdocent Dr. Sommer 305
11) Ueber Freiheit, Zurechnungsfähigkeit, Verantwortlichkeit. Von P. . . 353
12) Ueber einen Fall von postepileptischem Dämmerzustand im Kindesalter. Von Bezirksarzt Dr. Nagy-Feldkirch 358
13) Ueber Tabes bei Weibern. Von P. J. Möbius 401
14) Zur Methodologie einer wissenschaftlichen Criminal-Anthropologie. Von Dr. Näcke-Hubertusburg 449
15) Zur Frage über die allgemeine progressive Paralyse und ihre Behandlung bei den Syphilitikern. Von Dr. J. J. Platonnow 505
16) Die Beziehung von morphologischen Abnormitäten zu den endogenen Nerven- und Geisteskrankheiten. Von Dr. Sommer-Würzburg 561
17) Ueber larvirte und abortive Angstzustände bei Neurasthenie. Von Dr. Hecker. 565

Verzeichniss der Mitarbeiter.

(Die Nummern bezeichnen die Seiten.)

Alt 395.
Ascher 77. 96.
Bach 29. 56. 57—63. 66. 69. 128. 230. 327. 339. 383. 410—411. 426. 478. 541.
Behr 362. 367. 372. 421. 429. 434. 574 bis 75.
Bernard 396 491 492. 533. 595.
Bielschowsky 79. 271—272. 279. 584.
Buschan 9. 14. 32. 35. 42. 54. 139. 175. 236. 239, 243. 246. 247. 249. 268. 285. 290. 327. 335. 336. 342. 344. 348—49. 373. 375. 390. 394. 418. 427—28 435. 437. 477. 480. 482. 532. 582. 586. 588 bis 590. 591. 592.
Dedichen 94. 333. 334. 336. 351. 371. 378—79. 380—81.
Dehio 7. 64.
Dessoir 54.
v. Deventer 161—173.
Didrichson 15. 21. 94.
Durdufi 290.
Erlenmeyer 173. 186. 187. 188. 342. 343.
Falkenberg 22. 33. 67. 79. 80. 83. 92. 270. 275. 291. 292. 422—23. 536. 538. 578—79. 590.
Feist 127. 136. 178. 184.
Forel 323.
Fürer 463.
Geigel 55.
Hecker 565—572.
Heddaeus 65. 68. 237. 410. 413. 415. 419. 464. 479.
Hoche 198-204.
Holtermann 7. 91.
Hoppe 10. 12. 16. 20. 26. 70. 71. 74. 76. 78. 85. 88. 89. 93. 125. 126. 130. 142. 143—148 158. 180. 183. 189. 192. 238—239. 251. 252. 271. 275—77. 294. 324—25. 328. 331. 342. 362. 372. 374. 378. 412. 414. 418. 424—25. 428. 431. 479. 481. 486. 489. 490. 537. 539. 540 544. 572—73. 577. 580. 585. 587. 588. 593.
Jankura 251.
Koch 6 17. 87. 95. 104. 125 126. 129. 132. 135. 178. 182. 187. 197. 282. 329. 332. 341. 345—346. 377. 416. 420-21. 429. 541. 583.
Koenig 40. 101. 217—219. 232. 322.
Kowalewsky 113—124. 233. 247. 284.
Kurella 27. 33. 47. 48—49. 140. 151. 190. 198. 242. 244. 248—49. 253. 392. 470—77. 519-26. 527 529. 598.
Lehmann 17. 45. 80. 262-265. 266. 344. 352. 378. 384. 416. 419. 4 0. 426. 430. 574. 578.
Löwenfeld 102. 432. 466.
Lombroso 392.
Mercklin 18. 19. 21. 28. 98. 147—49. 192—194. 196. 252. 257—262. 468. 489. 581.
Möbius 353—358. 401—406.
Morel 40.
Müller Johannes 44.
Näcke 321. 436. 449—58. 469. 502. 591—592.
Nagy 358—361.
Ofterdinger 141.
Ostermayer 10. 25. 26. 94. 97. 137. 448.
Ottolenghi 30. 379. 388.
Peltesohn 5. 13. 181. 192. 250. 326. 337—38. 340—41. 373—374. 410.
Platonow 505—518.
Redlich 1—5.
Rieger 493—500.
Rosenbach 209—212. 231.
Rust 320. 441—43.
Schaffer 43.
Scheiber 387. 430. 484. 486. 534. 543.
Sommer 51. 52. 103. 106—112. 141. 152—153. 204—208. 220—227. 255—56.

278. 295—304. 305—313. 314—318. 352. 386. 397—400. 438—440. 443—447. 500. 555—560. 561—565. 595. 599—608.
Strauscheid 9. 11. 12. 16, 20. 27. 28. 31. 32. 54. 65. 75. 81. 82. 93. 129. 130. 131. 135. 136. 137. 138. 140. 143. 150. 154—158. 174. 176. 179. 185. 190. 193—196. 197. 208. 220. 234—235. 240 bis 242. 245. 248. 254. 270. 272. 278. 281. 291. 293—94. 325. 330. 337. 344. 350. 351. 364. 368. 378. 383. 384. 385. 409. 414. 419. 426. 485. 487—88. 492. 527. 538. 539. 547. 575—76. 577. 579. 582. 585.
Voigt 90. 96. 134. 173. 233. 237. 246. 273. 279. 280. 283. 328. 431.
Weber 366. 408.
Wichmann 64. 73. 74. 82. 133. 145. 238 269. 274. 278. 281. 329. 330. 334. 345. 350. 362. 368—72. 412. 417. 424.. 432. 478. 482. 483. 486. 535—36. 544. bis 46. 580. 584. 587.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XVI. Jahrgang. 1893 Januar. Neue Folge III. Band.

I. Originalien.

I.

Zur Kenntniss der Rückenmarksveränderungen nach Amputationen.

Von Dr. Emil Redlich, Hilfsarzt im städtischen Versorgungshause in Wien.
(Aus dem Laboratorium von Professor Obersteiner in Wien.)

Das kleine Capitel über Veränderungen der Nerven und des Rückenmarks nach Amputationen hat eine ganze grosse Literatur gefunden — sind doch erst in allerneuester Zeit vier Arbeiten über diese Frage erschienen. Ursache davon ist das ausgesprochene theoretische Interesse, das dem Gegenstande zukommt. Im Speciellen aber waren es zwei Momente, die die Sache immer wieder anregten, einmal der Umstand, dass keine vollständige Uebereinstimmung in den Befunden herrscht, andererseits und hauptsächlich die Frage nach dem Wesen und der Ursache der gefundenen Veränderungen.

Die Veränderungen, die man fand, widersprachen zum grössten Theile dem heute noch geltenden Waller'schen Gesetze und unseren Kenntnissen über die Spinalganglien. An den motorischen centralen Partien durfte man nach peripherer Durchschneidung gemischter Nerven keine Veränderungen erwarten und in den sensiblen Partien sollte jede Veränderung an den Spinalganglien Halt machen. Und doch fand man sowohl in den vorderen motorischen als den hinteren sensiblen Partien des Rückenmarks Veränderungen, deren Natur — ob Degeneration oder einfache Atrophie — vielfach discutirt wurde.

Im folgenden sei es mir erlaubt, einen kleinen Beitrag zur Lösung der Frage zu liefern. Andere Beobachtungen[1]) hatten es mir schon früher wahrscheinlich gemacht, dass es in motorischen Partien aufsteigende

*) Redlich: Zur Verwendung der Marchischen Färbung bei pathologischen Präparaten des Nervensystems, (Centralbl. für Nervenheilk. und Psych. 1892, Nr. 3.)

Degenerationen giebt. Darüber Klarheit zu verschaffen, schienen mir Amputationen sehr geeignet, da hier weit weg vom Rückenmarke operirt wird und so directe Läsionen ausgeschlossen sind. Im Verlaufe meiner Experimente gelangte ich zur Kenntniss der Ergebnisse Bregmann's[2]), die mich in meiner Ansicht bestärken mussten. Bregmann ist es gelungen, durch die Marchische Färbung mit Sicherheit zu zeigen, dass, wie dies schon Forel[3]) ausgesprochen hatte, nach Durchschneidung motorischer Nerven im centralen Stumpfe Veränderungen ganz vom Character secundärer Degenerationen auftreten.

Ich habe 6 jungen Meerschweinchen (2 davon waren neugeboren) den einen Oberschenkel amputirt; die Thiere vertrugen die Operation sehr gut, die Amputationswunde heilte stets per primam. Die Thiere wurden dann nach verschieden langer Zeit (17—76 Tage) getödtet; das Rückenmark wurde theils nach Marchi behandelt, theils nach vollständiger Härtung in Müller'scher Flüssigkeit mit Carmin und nach Pal gefärbt. Hatte die Amputation Veränderungen im Rückenmarke bewirkt, dann waren dieselben in erster Linie im Sacral- und Lendenmarke zu erwarten, wo die von der amputirten Extremität stammenden Nerven in's Rückenmark eintreten. Es fanden sich nun thatsächlich bei der Marchifärbung im Sacral- und Lendenmarke constant und zwar schon bei den nach 17 und 18 Tagen getödteten Thieren, auf der der Amputation entsprechenden Seite sehr zahlreiche schwarze Körnchen, die längs einer grösseren Zahl von vorderen Wurzelfasern angeordnet sind and den Zug derselben vom Vorderhorn nach der Peripherie markiren. — Man konnte dann noch einzelne der so gezeichneten vorderen Wurzelfasern eine Strecke weit im Vorderhorn selbst verfolgen und zwar hauptsächlich gegen die laterale Gruppe der Vorderhornzellen. — Auch in den eigentlichen vorderen Wurzeln sah man auf dieser Seite sehr zahlreiche schwarze Körnchen. Einzelne schwarze Körnchen sah man auch in den vorderen Wurzelfasern der anderen Seite, aber bei weitem weniger als auf der amputirten Seite, so dass immer und überall eine deutliche Differenz zwischen beiden Seiten bestand. In den hinteren Wurzeln war bei jenen Thieren, die nur kurze Zeit nach der Operation gelebt hatten, kaum eine deutliche Differenz zwischen beiden Seiten; bei den Thieren, die längere Zeit gelebt hat'en (36—76 Tage), fanden sich auch in den hinteren Wurzeln der amputirten Seite selbst, sowie in den Wurzelfasern bei ihrem Eintritt in den Hinterstrang zahlreiche schwarze Körnchen; weiter die degenerirten hinteren Wurzeln in ihrem Verlaufe durch das hintere Horn zu verfolgen, war nicht möglich.

Die geschilderten Veränderungen, vor Allem in den vorderen Wurzeln der amputirten Seite, lassen sich um so sicherer verwerthen, als sie sich nur in Präparaten aus dem Sacral- und Lendenmarke — hier aber constant — fanden, während sie in Präparaten aus allen übrigen Höhen des Rücken-

---

[2]) Bregmann: Ueber experimentelle, aufsteigende Degeneration motorischer und sensibler Hirnnerven. (Jahrb. f. Psychiatrie, XI. Bd., 1. u. 2. Heft.)

Zu ganz gleichen Resultaten kommt auch Darkschewitz. (Neurol. Centralblatt, August 1892.)

[3]) Forel: Einige hirnanatomische Betrachtungen und Ergebnisse. (Arch. f. Psych., Bd. XVIII.)

markes fehlten. In den weissen Strängen des Rückenmarkes konnten weder hier noch dort sichere unzweideutige Veränderungen gefunden werden.

Unter unseren Befunden interessiren in erster Linie die Degenerationen in den vorderen Wurzelfasern. An durch Sepsis oder septische Neuritis bedingte Veränderungen ist bei dem regelmässigen Wundverlaufe natürlich nicht zu denken. Es handelt sich offenbar um eine durch die Amputation als solche bedingte Degeneration im centralen Abschnitte der motorischen Bahn; hier, wie dies Krause für seine Befunde gethan hat, weil es sich um anscheinend aufsteigende Degeneration handelt, sensible Partien anzunehmen, geht denn doch nicht an. Bregmann will gefunden haben, dass nach Durchschneidung motorischer Nerven die secundäre Degeneration des centralen Antheiles zuerst in dem dem Centrum zunächst gelegenen Abschnitt auftritt, resp. dass nach den Angaben Nissl's zunächst eine Veränderung der motorischen Zellen erfolgt und von hier aus dann ein fortschreitender Zerfall der Faser beginnt. Dafür konnte ich nach meinen Versuchen keinen directen Anhaltspunkt gewinnen. In den Fällen, wo auch der durchschnittene Ischiadicus untersucht wurde, fanden sich auch hier leichte Degenerationserscheinungen. Die Veränderungen sind ja, wie ich hier betonen möchte, überhaupt nicht sehr starke. Nach anderen Methoden erschien das Rückenmark überhaupt unverändert, insbesondere zeigten Carminpräparate keine irgendwie sicheren krankhaften Erscheinungen an den Ganglienzellen.

Ich möchte also glauben, dass nach Durchschneidung motorischer Nerven nach beiden Seiten von der Durchschneidungsstelle Degeneration auftritt, nur dass sie im centralen Antheile schwächer ist, nur einen Theil der Fasern betrifft. Die Degeneration scheint daselbst nicht weiter auf die andern Fasern fortzuschreiten, die Degenerationsproducte werden mit der Zeit resorbirt und schwinden. Ueber die motorische Ganglienzelle hinaus centralwärts schreitet der Zerfall nicht.

Gegenüber diesen nach Amputationen in den motorischen Partien auftretenden Degenerationen stehen wenigstens nach meinen Versuchen die in den sensiblen Partien resp. den hinteren Wurzeln aufsteigenden Degenerationsvorgänge weit zurück. Unzweideutige Veränderung fanden sich daselbst erst nach längerer Zeit (1—2 Monate) und waren auch dann noch geringer als in den motorischen Partien. Es scheint also die aufsteigende Degeneration, die unzweifelhaft in den sensiblen Nerven auftritt, vorerst in den Spinalganglien Halt zu machen; möglicherweise degeneriren später centralwärts nur jene Fasern, die nach Edinger ihr trophisches Centrum nicht in den Spinalganglien haben, sondern durch dieselben hindurchziehend zu den Zellen der Clarke'schen Säulen gelangen.

Es handelte sich nun weiter für mich noch darum, diese an Thieren gewonnenen Resultate auch am Menschen zu verificiren. Nach dem oben Gesagten musste ich in erster Linie die Rückenmarke von kurz nach der Amputation verstorbenen Individuen untersuchen. Ich untersuchte im Ganzen acht Rückenmarke von amputirten Individuen, die 3 Wochen, 5 Wochen, 4 Monate, 1—3 Jahre nach der Amputation gestorben waren. Nur in einem Falle fanden sich bei der Marchifärbung — das Rückenmark entstammte einem 65jährigen Manne, dem 5 Wochen ante mortem der linke

Unterschenkel wegen Caries amputirt worden war — im Sacral- und Lendenmarke in den vorderen Wurzelfasern der amputirten Seite und zwar im Vorderhorne selbst ziemlich zahlreiche schwarze Körnchen, die als Zeichen einer leichten Degeneration dieser Fasern aufgefasst werden konnten. Aber die Veränderungen waren viel geringer, als ich es nach den Thierversuchen hätte erwarten können. In allen anderen Fällen fehlten hier sichere unzweideutige Degenerationserscheinungen. Ich möchte zur Erklärung dieser Differenzen bei Mensch und Thier auf den Umstand recuriren, dass meine Fälle ältere, jenseits der 40er Jahre stehende Individuen betrafen; ein einziger Fall entstammte einem 16jährigen Knaben, aber hier war seit der Amputation über ein Jahr verflossen. Nun hat es sich seit Gudden's Experimenten gezeigt, dass alle nach Amputationen oder Enucleationen auftretenden Veränderungen des centralen Nervensystems um so sicherer auftreten, je jünger die operirten Individuen sind (s. a. Marinesco, Neur. Centralbl. 1892).

Ich benutzte natürlich auch mein Material zur Controlirung der in der Literatur[4]) angegebenen Veränderungen des Rückenmarks nach Amputationen. Die Rückenmarke wurden zu diesem Zwecke nach vollständiger Härtung mit Carmin und nach Pal gefärbt. Ich muss gestehen, dass auch in der Beziehung mein Material von menschlichen Amputationsrückenmarken recht geringe Ausbeute lieferte. Ziehe ich in Betracht, dass geringe Differenzen in der Symmetrie beider Rückenmarkshälften schon de norma vorkommen, dann fehlten in der Mehrzahl meiner Fälle, insbesondere bei den frischen sichere, als Folge der Amputation zu bezeichnende Veränderungen. Nur in einem Falle — Amputation des rechten Oberarms bei einem 16jährigen Knaben — fand sich durch das ganze Halsmark eine deutliche Verschmälerung der der amputirten Seite entsprechenden Rückenmarkshälfte, weisse wie graue Substanz betreffend. Der Fall war aber nicht ganz uncomplicirt, indem sich im oberen Halsmark eine eigenthümliche Missstaltung der einen grauen Säule fand, die direct als angeborene Anomalie imponirte. Von den übrigen Fällen, die Amputationen der unteren Extremitäten betrafen, fanden sich nur in einzelnen Fällen, die mehr als 1 Jahr nach der Amputation gelebt hatten, im Sacral- und Lendenmarke geringe Differenzen zwischen beiden Seiten — insbesondere war das eine Vorderhorn kleiner, die Zahl der Zellen in der hinteren lateralen und in der centralen Gruppe vermindert, einzelne der Zellen schienen degenerirt, hyalin glänzend, plump. In einem Falle — Exitus 3 Jahre nach der Amputation — war auch im Halsmarke der eine Goll'sche Strang deutlich schmäler. Umschriebene Atrophien sonstiger Stränge[5]), Degeneration hinterer Wurzelfasern in der Lissauer'schen Randzone, Veränderungen der Clarke'schen Säulen, wirkliche Degenerationen einzelner Stränge, wie sie neuerdings Marie[6]) und Pellini[7]) beschrieben, habe ich nicht finden können. Auf die in den centralen Stümpfen der durchschnittenen Nerven gefundenen Veränderungen will ich hier nicht weiter eingehen.

---

[4]) Von ausführlichen Litteraturangaben glaube ich hier absehen zu können.

[5]) Bignami-Guarneri: ref. Neur. Centralbl. 1889, beschrieben Atrophie des Gowers'schen Bündels.

[6]) Marie: Leçons sur les maladies de la moelle. Paris 1892. 7—8 Leçon.

[7]) Pellini: Sulle modificazione che arvengono nel midollo spinale degli amputati. (Riv. sper. di freniatr. 1892.)

Natürlich will ich mit diesen meinen Angaben durchaus nicht die Richtigkeit der von den anderen Autoren beschriebenen Veränderungen bezweifeln. Die Differenzen zwischen den Befunden der Autoren und meinen eigenen scheinen darauf zurückzuführen zu sein, dass einerseits meine Fälle alten Individuen entstammten, andrerseits verhältnissmässig früh nach der Amputation zur Untersuchung kamen, während allgemein angegeben wird, dass die Veränderungen um so stärker sind, je jünger die Individuen zur Zeit der Amputation waren und je längere Zeit seit der Amputation verflossen ist (10—50 J.).

Dieser Umstand, das späte Auftreten nach der Amputation zeigt aber, dass es sich hier um etwas anderes handelt, als ich es vorhin von meinen Thierexperimenten beschrieben habe. Das Wesen dieser eigenthümlichen Atrophien, die in vollkommener Parallele stehen zu dem, was Gudden bei seinen Experimenten erzeugte, scheint mir trotz alle dem, was darüber geschrieben ist, noch nicht geklärt.

Alles in Allem glaube ich nach meinen Untersuchungen behaupten zu können, dass durch Amputationen zweierlei Arten von Veränderungen im Rückenmarke geschaffen werden, einmal eine gleich nach der Amputation auftretende wirkliche Degeneration, die sich vornehmlich in den motorischen Partien zeigt, andrerseits eine erst nach Verlauf von Jahren auftretende Verkleinerung und Atrophie der betreffenden Rückenmarkshälfte.

II. Referate und Kritiken.

1) **Leyden**: Ueber acute Myelitis.
(Deutsch. med. Wochenschr. 1892, Nr 27, 28.)

Oppenheim hatte in dem Verein für Psychiatrie und Nervenkrankheiten einen Vortrag über Myelitis gehalten und über die immer noch so grosse Unklarheit, die diesem Kapitel anhaftet, geklagt. Leyden giebt aus dieser Veranlassung im Verein für innere Medicin in Berlin ein klares, anschauliches Bild. über die acute Myelitis, welches seine eigenen auf diesem Gebiete in den 70er Jahren gemachten Mittheilungen theils ergänzt, theils verbessert. Es würde über den Rahmen dieser Zeitschrift hinausgehen, wenn ich den ungemein gründlichen und scharfsinnigen Auseinandersetzungen des grossen Klinikers bis in's Detail folgen wollte.

Er giebt einen geschichtlichen Ueberblick über die Lehre von der acuten Myelitis, demonstrirt microscopische Präparate aus dem Gebiete der verschiedenen Arten von Myelitis und bespricht im Anschluss an diese die pathologisch-anatomische Seite der in Rede stehenden Erkrankung. Dabei erweist es sich, dass die histologisch-microscopischen Unterschiede bei Rückenmarkserweichung und Myelitis ohne Erweichung unwesentlich sind und nur verschiedene Grade derselben Form vorstellen. Die Localisation und die Ausdehnung der Myelitis ist fast in jedem Falle eine andere. Trotzdem glaubt Leyden folgende Formen abgrenzen zu müssen:

1. Der myelitische Herd, Myelitis circumscripta, Myelitis transversa acuta,

2. die acute disseminirte Myelitis,
3. Poliomyelitis, Kinderlähmung oder die gleichartige Form der Erwachsenen.

Im Folgenden giebt Verfasser dann ein anschauliches Bild von dem klinischen Verlauf der genannten einzelnen Erkrankungsformen, ihrer Aetiologie, ihrer Diagnose und Prognose. Bei der Aetiologie spielen namentlich die im letzten Jahrzehnt so gut studirten Infectionskrankheiten resp. deren Träger, die Streptococcen, Gonococcen, das Syphilisgift und die Toxine eine Rolle. Peltesohn.

2) **Chr. Leegaard**: Friedreich's Syndrom (hereditaer Ataxi).
(Norsk Magazin for Laegevidenskaben, VII. Bd., 4 H., 1892, S. 444.)

L. theilt drei Fälle der genannten Krankheit mit bei drei Geschwistern (zwei Brüder und eine Schwester) im Alter von 13 bis 23 Jahren; fünf lebende Geschwister sind gesund, ebenso die Eltern; überhaupt keine Disposition oder sonstige Ursachen nachweisbar. Die Krankheit trat bei allen dreien im Alter von 8—14 Jahren plötzlich mit leichten Fiebersymptomen und Schmerzen auf. Das am meisten hervortretende Symptom ist die Ataxie; die beiden älteren können ohne Stütze gar nicht gehen und sitzen den ganzen Tag auf einem Stuhl, der jüngste kann noch umhergehen, aber der Gang ist unsicher und schwankend. Die Bewegungen haben einen deutlich spastischen Character und der Muskeltonus in ruhender Stellung ist etwas vermehrt, hindert jedoch nicht die Ausführung passiver Bewegungen. Der ältere Bruder hat eine geringe Andeutung von Klumpfuss, er sowie die Schwester (die älteste der drei) Scoliose des oberen Dorsaltheils der Wirbelsäule. In den Oberextremitäten finden sich bei allen nur gering ausgesprochene Symptome. Die Sehnenreflexe fehlen, die Hautreflexe sind verstärkt. Die Sinnesorgane sind unbeschädigt. Kein Nystagmus oder Atrophie, keine Schmerzen oder electrische Abnormitäten.

Koch (Kopenhagen).

3) Dr. **E. Redlich**: Die hinteren Wurzeln des Rückenmarks und die pathologische Anatomie der Tabes dorsalis.
(Wien. Jahrb. f. Psych., Bd. XI, p. 1.)

Das Endresultat der ganzen Arbeit lässt sich in wenigen Worten wiedergeben. Die tabische Erkrankung des Rückenmarks besteht in einer Degeneration der medullaren Ursprünge der hinteren Wurzeln. — Ueber den Ursprung der hinteren Wurzeln ist gerade in den letzten Jahren viel gearbeitet worden und es lassen sich wenigstens die gröbsten Verhältnisse übersehen. Durch das Studium von 20 tabetischen Rückenmarken in verschiedenen Graden der Erkrankung ist nun Verf. zur Ueberzeugung gelangt, dass die Degeneration mit der neuerdings festgestellten Vertheilung der Wurzelbündel übereinstimmt. Das Querschnittsbild der Degeneration setzt sich darnach zusammen aus dem Resultat der Erkrankung der Wurzelfasern derselben Höhe, der „localen tabetischen Degeneration“ und der secundären Degeneration, welche auf die Erkrankung tieferer Wurzeln hinweist. Die locale tabetische Degeneration, welcher zugleich das Bild der initialen Tabes im unteren Dorsalmark entspricht, setzt sich zusammen aus einer

Degeneration der Wurzelzonen, der Lissauer'schen Randzonen, Ausfall der Bogenbündel, Faserverarmung der Subst. gelatinosa, Schwund der feinen Fasern der Clarke'schen Säulen. Durch das Hinzutreten der secundären Degeneration der Goll'schen Stränge und der zwischen diesen und den Wurzelbündeln liegenden Fasern kommt dann das Bild der vorgeschrittenen Tabes zu Stande. Selbst bei den schwersten Fällen bleiben immer bestimmte Partien der Hinterstränge erhalten; diese entsprechen vollkommen denjenigen Gebieten, welche nach Singer und Münzer durch aus der grauen Substanz stammende Fasern gebildet werden. Dieses Schema lässt sich in jedem Querschnitt eines tabetischen Rückenmarks wiederfinden, wenn man die nicht immer gleiche Localisation der Krankheit, sowie die nach der Höhe des Querschnitts verschiedene Configuration der Faserbündel berücksichtigt. In ersterer Beziehung wären als Abweichungen vom normalen Verhalten — Beginn der Degeneration in der Höhe des unteren Brustmarks und allmähliger Fortschritt proximalwärts — zu erwähnen: die cervicale Tabes und das zuweilen vorkommende sprungweise Aufsteigen des Processes, wobei einzelne Wurzeln weniger betroffen werden; selten ist eine asymmetrische Localisation. Auffallend ist, dass die Wurzeln selbst gewöhnlich einen geringeren Grad der Degeneration zeigen, als ihre intramedullären Ursprünge.

W. Dehio.

---

4) **F. Raymond**: Etiologie du tabes dorsal.

(Le Progrès médical 1892, Nr. 24.)

Die wesentlichsten und wichtigsten Punkte dieses Vortrags sind in folgendem Resumé enthalten: Die Tabes ist eine Erkrankung des mittleren Lebensalters, sehr selten findet sie sich bei Kindern und alten Leuten, sie ist häufiger beim männlichen als beim weiblichen Geschlecht. Zur Entwickelung der Tabes wirkt jedenfalls die congenitale neuropathische Prädisposition mit, doch findet sich nur in seltenen Ausnahmefällen eine directe Heredität. In einer Reihe von Fällen sind Einwirkung von Nässe und Kälte, forcirte Märsche, Excesse in venere, schwere Traumen als Gelegenheitsursache anzusehen. In der grossen Majorität der Fälle hat aber bei den an Tabes Erkrankten früher eine syphilitische Infection stattgefunden, es ist sehr wahrscheinlich, wenn auch nicht sicher bewiesen, dass in den Fällen, in denen Tabes bei Syphilitikern auftritt, die Syphilis directen oder indirecten Antheil an der Entwickelung dieser Erkrankung hat. Sicher steht aber fest, dass die Syphilis nicht unbedingt nothwendig zur Erkrankung an Tabes gehört; das beweisen die Fälle, in denen Individuen schon Symptome von Tabes darboten, bevor sie Syphilis acquirirten.

Holtermann.

---

5) **Lancereaux**: Le tabes médullaire, conditions étiologiques et pathogéniques, ses rapports avec la syphilis.

(Le Mercredi médical 1892, Nr. 45, 9. novembre.)

Zur Klärung des zwischen den Klinikern immer noch nicht ausgetragenen Streites über die Pathogenese der Tabes hinsichtlich einer syphilitischen Infection werden die Ausführungen Lancereaux's im Hôtel Dieu, der als einer der ersten die Aufmerksamkeit auf das häufige Vorkommen

der Syphilis bei Tabikern gelenkt hat, von weittragendem Interesse sein.

Anknüpfend an fünf vorgestellte Kranke, bei denen alcoholische und syphilitische Antecedentien nicht vorhanden waren, bespricht der Vortragende zuerst die Aetiologie der Tabes. Er ist der Ansicht, dass neuropathische Belastung, Ueberanstrengung des Nervensystems und Gelegenheitsursachen (Erkältung, Anstrengung, Trauma etc.) die ursächlichen Momente für die Entstehung dieses Leidens abgeben. Er weist sodann nach, dass die statistischen Erhebungen über das gleichzeitige Vorkommen von Syphilis und Tabes, wie sie in erster Linie Erb und Fournier aufgestellt haben, ohne jeglichen wissenschaftlichen Werth sind, wie überhaupt alle Statistik in der Medicin. Weiter bespricht Lancereaux die vermeintlichen Beziehungen zwischen beiden Krankheiten und kommt hierbei zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Die Tabes ist nach der augenblicklich am meisten üblichen Auffassung eine Krankheit, die sich speciell auf die sensiblen Nervenfasern localisirt und von den Wurzeln und Nervensträngen aus allmählich auf die sensiblen Bündel des Rückenmarks und Gehirns übergeht. Sie ist somit nicht nur ein symmetrisch auftretendes, sondern auch ein systematisirtes Leiden, insofern es sich auf ein System von Fasern bezieht, deren Entwicklung während der embryonalen Periode eine gleichzeitige ist (Flechsig). — Anders verhält es sich dagegen mit der Syphilis. Hier wird die sensible Nervenfaser nie ursprünglich ergriffen; vielmehr nimmt die Thätigkeit des syphilitischen Giftes zum Angriffspunkt die lymphatischen Elemente. So characterisirt sich das primäre Stadium durch eine Veränderung der Alveolen, Gefässe und Lymphdrüsen; das secundäre durch dieselben Läsionen und durch den Ausbruch eines Exanthems, das zum Sitz das oberflächliche Gewebe der Haut, die Mandeln, die Milz etc. hat; das dritte Stadium durch scleröse oder gummöse Läsionen, die zum Ausgangspunkt dasselbe System und im ganz Besonderen die Lymphscheiden der Blutgefässe nimmt. — Auch wenn das Nervensystem bei Syphilis ergriffen ist, so wird man stets finden, dass die Elemente, welche ein Gumma etc. zusammensetzen, in dem Stroma des arteriellen Gefässes auftreten und die Nervenfaser oder Zelle ursprünglich intact lassen, die nur secundär ergriffen werden. Der histologische Sitz der tabischen und der syphilitischen Veränderung ist ein grundverschiedener.

2. Auch der anatomische Sitz beider Leiden ist ein sehr verschiedener. Die Tabesläsion ist immer symmetrisch und befällt progressiv die Hinterstränge des Rückenmarks, die der Syphilis dagegen ist eine unsymmetrische und disseminirte.

3. Der Verlauf der Tabes unterscheidet sich deutlich von dem der Syphilis. Die Tabes nimmt eine beständig progressive Fortentwicklung; sie breitet sich in der Richtung der sensiblen Nervenfaser aus und zeigt wenig Neigung, stationär zu bleiben oder gar zurückzugehen.

4. Tabes und Myelitis syphilitischer Natur unterscheiden sich deutlich hinsichtlich ihrer microscopischen Structur von einander. Vergleiche hierüber das Original.

5. Dieser grundverschiedenen anatomischen Beschaffenheit entsprechen auch die klinischen Erscheinungen beider Erkrankungen. Tabes manifestirt sich durch Störungen der Sensibilität, foudroyante Schmerzen, Uncoordination der unteren Extremitäten etc.; Myelitis syphilitica durch Paraplegie mit und ohne Contractur und geht recht häufig ohne Störung der Sensibilität einher.

6. Die therapeutischen Erfolge, die man zur Begründung der Verwandtschaft zwischen Tabes und Syphilis angeführt hat, sind ohne Werth. Jodkali z. B. ist bei Tabes vollständig wirkungslos. Uebrigens werden die Erscheinungen der Tabes durch Quecksilberkur höchstens gebessert und erscheinen wieder; dahingegen gehen Erscheinungen von Seiten der Syphilis auf dieses Medikament stets zurück und erscheinen nicht wieder.

Demnach ist man nicht berechtigt, eine Beziehung zwischen Tabes und Syphilis anzunehmen. Buschan-Stettin.

---

6) **J. M. Charcot**: Arthropathie coxo-fémorale au debut du tabes ataxique
(Nouvelle iconographie de la Salpêtrière 1892, Nr. 3.)

Ein 28jähriger Mann, Sohn eines Trinkers, angeblich nie syphilitisch inficirt, fühlt bei einer militärischen Uebung Morgens plötzlich einen dumpfen Schmerz in der linken Hüfte und beginnt zu hinken. Da der Arzt ihn nicht krank findet, so muss er seinen Dienst weiter thun. Am dritten Tage fühlt er denselben Schmerz in der rechten Hüfte; am vierten Tage fällt er und wird in das Lazareth gebracht, wo eine beiderseitige Coxitis mit Luxation des Femurkopfes nach oben festgestellt wird. Es ist diese gewaltige Zerstörung ohne wesentliche Schmerzen, ohne Schwellung, ohne Fieber eingetreten. In der Salpêtrière, wo der Kranke später hingebracht wurde, entdeckte man ausserdem refl. Pupillenstarre, Blasenstörungen, lancirende Schmerzen und eine „tabische Maske“; letztere ist hier nur unvollständig ausgeprägt: der Kranke hat das Gefühl, als ob er keine Stirn mehr habe. Die Körperhöhe des Pat. hat gegen früher um 5 cm abgenommen; um diese Strecke ist der Femurkopf nach oben gerückt, wodurch die Hüftgegend verbreitert, die Glutaealgegend verflacht wird etc.

Im Anschluss hieran setzt Paul Richer die Wichtigkeit auseinander, in dem Körper jedes Individuums ein Maass für die Länge der einzelnen Glieder zu finden. Durch Vergleichung des Künstler- mit dem Anthropologen-Canon glaubt er ein brauchbares Maass gefunden zu haben; die Kopfhöhe verhält sich zur Körperhöhe wie 1 : 7,5. Das Bein von der Sohle bis zum Kniegelenk ist 2 Kopfhöhen, vom Kniegelenke bis zum Hüftgelenke wiederum 2 Kopfhöhen hoch. Durch mehrere Illustrationen werden sowohl die allgemeinen Verhältnisse, wie die des Patienten in ausgezeichneter Weise illustrirt. Strauscheid.

---

7) **Bleuler** (Rheinau): Zur Auffassung der subcorticalen Aphasieen.
(Neurol. Centralblatt 1892, Nr. 18)

B. lenkt die Aufmerksamkeit auf eine Beobachtung, welche ein Jeder machen kann, dass es zwar gelingt, in einem Nebenzimmer, welches von dem Beobachtungszimmer nur durch eine Thüre getrennt ist, ziemlich leise Geräusche (z. B. tiefes Athemholen, das Umwenden von Papier ohne

Schwierigkeit zu hören, auch die Sprechenden an der Stimme und ihrem Tonfall zu erkennen, dass man aber, so lange nicht viel lauter und deutlicher als gewöhnlich gesprochen wird, nur ausnahmsweise im Stande ist, ein einzelnes Wort, niemals einen ganzen Satz, oder (wenn es sich um unbekannte Personen handelt) den Dialect zu verstehen. Da auf diese Weise durch physikalische Mittel eine incomplete Worttaubheit („Wortschwerhörigkeit" Freud) hervorgebracht werden kann, so scheint für B. der Nachweis gebracht, dass 1. die Worttaubheit nicht nothwendig auf eine centrale Läsion zurückzuführen ist, 2. dass eine allgemeine Gehörsstörung das Verstehen der Worte aufheben kann, ohne dass die Wahrnehmung anderer Schallqualitäten erheblich alterirt ist. Hoppe (Allenberg).

8) **B. Kenyeres**: Ein Fall von Porencephalie. (Demonstration, gehalten in der V. Sitzung der königl. Gesellschaft der Aerzte in Budapest am 6. Februar 1892.)

Vortragender zeigt das einer etwa 35jährigen männlichen Wasserleiche entstammende Gehirnpräparat vor. Bei der Section zeigte der Schädel keine Abweichung von der Norm; die Dura mater war mässig gespannt; an der Wölbung der rechten Hemisphäre ist Fluctuation nachweisbar gewesen. Letztere stammte von einer etwa kindshandflächengrossen, mit reinem Serum gefüllten Cyste her, die in der rechten Hirnhemisphäre sass. Sie beginnt oben in der Rolando'schen Furche, wo sie 1 cm breit ist und verbreitert sich nach abwärts gradatim bis zu einem Durchmesser von 6 cm. Ihre Wandung wird von der Pia mater gebildet. Nach innen communicirt sie mit dem entsprechenden Seitenventrikel, der auch etwas erweitert ist. An der der Affection entsprechenden Stelle fehlt der Gyrus postcentralis, angularis, die Insula Reilii u. s. f. Correspondirend mit dem Hirnbefund fand man die linksseitigen Extremitäten im Verhältniss zu den rechten kürzer, atrophisch. Die Atrophie betraf sowohl die Knochen als auch die Muskulatur. Die linke obere Gliedmasse war um 6 cm kürzer und hatte einen um 4 – 6 cm geringeren Umfang. Die linke untere Extremität war um 3 cm kürzer und hatte einen um 3 – 5 cm geringeren Umfang. Ausserdem war die linke Hand stark flectirt, die Finger hakenartig gekrümmt. Nachdem die Identität der Leiche nicht festgestellt werden konnte, war es nicht möglich, anamnestische auf gegenwärtigen Zustand Bezug habende Daten zu beschaffen.

Ostermayer (Budapest).

9) **G. Seppilli**: Sui rapporti della cecità bilaterale colle affezioni dei lobi occipitali.

(Riv. sper. di freniatria 1892, Bd. 18, H. 2.)

Verf. hat 3 Fälle beobachtet, bei denen auf Grund doppelseitiger Erkrankung der Hinterhauptslappen intra vitam völlige Blindheit bestand; hiervon war ein Fall ganz rein, die beiden anderen waren mit Aphasie und Hemiplegie etc. complicirt. Doppelseitige Blindheit, die sich rasch nach einem apoplectischen Anfalle als einziges Symptom entwickelt, bei negativem Augenspiegelbefund und Integrität des Pupillenreflexes, muss auf eine doppelseitige Läsion des Hinterhauptlappens bezogen werden. Natür-

lich kann sich diese Blindheit auch in zwei Zeitabschnitten entwickeln, indem zu einer einseitigen homonymen Hemianopsie nach einiger Zeit eine Hemianopsie der anderen Seite tritt. Strauscheid.

---

10) **A. Bogroff** (Odessa): Considérations sur le traitement des maladies du système nerveux par la méthode du docteur Motschoutkovsky.
(Nouvelle iconogr. de la Salp., 6. 1891 u. 1. 1892.)

Verf. hat an Cadavern wie an Thieren nachzuweisen versucht, dass die Suspension eine beträchtliche Hyperämie des gesammten Centralnervensystems hervorruft; die Dura mater wird gestreckt und dadurch wird in dem Duralraum ein negativer Druck hervorgerufen; ausserdem wird das Rückenmark selbst gestreckt. Die Hyperämie ist in der grauen Substanz des Rückenmarks beträchtlicher als in der weissen und führt leicht zu zahlreichen Hämorrhagien. Von diesen Daten ausgehend versucht Verf. in durchaus willkürlicher Weise die Art, wie die Suspension bei den einzelnen Rückemarksaffectionen wirken müssen, des näheren zu erläutern. Da die frühere Suspensionsmethode häufig Unglücksfälle, ja sogar direct den Tod veranlasst hat, so hat Verf. einen neuen Apparat construirt, dessen Princip darauf beruht, dass der Kranke auf einer leicht drehbaren schiefen Ebene suspendirt wird, durch deren stärkere oder schwächere Neigung zur Vertikalen oder zur Horizontalen die Kraft des Körperzuges nach Belieben schwächer gemacht und so für alle Individuen durch Ausprobiren in geeigneter Stärke bestimmt werden kann. Zugleich ermöglicht eine solche Abschwächung des Zuges beträchtlich längere Sitzungen, die Verf. vielfach für wünschenswerth hält. Schliesslich lässt sich diese Art der Suspension wegen ihrer Abstufbarkeit bei allen Patienten ohne Ausnahme anwenden, wenn nicht die Suspension überhaupt contraindicirt ist. Ausserdem hat Verf. an seinem Apparate sowohl den Hals- wie die Achselzüge entfernt; er bewerkstelligt die Suspension vielmehr durch Zug an Bandagen, welche um die beiden Unter- und Oberarme angelegt werden. Die Erfolge, die durch diese modificirte Behandlungsweise gewonnen werden, sind, wie auch bei der früheren Suspension, nur vorübergehend.

Strauscheid.

---

11) **Eulenburg** (Berlin): Electrotherapie und Suggestionstherapie. (Vortrag in der Hufeland'schen Gesellschaft, 14. Januar 1892.)
(Berl. klin. Wochenschrift 1892, Nr. 8 u. 9.)

E. nimmt in diesem Vortrage Stellung gegenüber den von Möbius seit Jahren verfochtenen Anschauungen, dass die Heilwirkung der electrotherapeutischen Massnahmen, wenn sie überhaupt vorhanden sei, wesentlich auf psychischem Einfluss, auf Suggestion beruhe. Weit entfernt von der Kampfesart mancher Electrotherapeuten, welche in ihrer Stellung bedroht, Möbius in maassloser Weise angriffen, übt E. ruhige Kritik an Möbius' Thesen, ebenso wie an den modernen Auswüchsen auf dem Gebiete der Electrotherapie, die er besonders in der Reclamesucht und in Ausübung durch wenig würdige und unwissende Vertreter sieht. E. erkennt eine gewisse Berechtigung in den Ausführungen von Möbius wohl an, ja er hält es sogar für ein Verdienst von Möbius, dass er den Zweifel wachgerufen

habe und so zum Descartes der Electrotherapie geworden sei. Er habe die schwachen Stellen aufgedeckt und wenn er auch nicht „mit seinem kecken Handstreich die Festung der Electrotherapie im Sturm habe nehmen können, so habe er doch die Besatzung alarmirt, sie zu grösserer Wachsamkeit und Vorsicht, zu genauer Inspection und Ausbesserung ihrer Schäden veranlasst". E. habe sich aber auch ein directes Verdienst erworben durch die Hervorhebung der allerdings nicht neuen, aber vielfach übersehenen oder ignorirten Wahrheit, dass bei manchen electrotherapeutischen Proceduren der psychische Factor mehr oder weniger einwirkt, unter Umständen sogar allein wirkt. Nur übertreibe Möbius, wenn er alles auf Suggestion oder Täuschung zurückführt, während directe Erfolge der Electrotherapie auf vielen Gebieten feststehen, was E. eingehender zu beweisen sucht. Die Aufgabe der Zukunft sei es nun, der Electrotherapie die bisher vermisste rationell wissenschaftliche Grundlage zu schaffen. Hoppe (Allenberg).

---

12) **F. X. Dercum** (Philadelphia): An indication for treatment in hemifacial atrophy.

(The journal of nerv. and ment. disease, Febr. 1892.)

Verf. schlägt in Fällen von halbseitiger Gesichtsatrophie, die bekanntlich auf einer Erkrankung des Trigeminus beruht, eine Resection aller erreichbaren Quintusäste als einzige rationelle Therapie vor. Er weist darauf hin, dass sich nach Resection in Folge von Neuralgien keine trophischen Störungen zeigen, dass die Patienten sich in die einzige unangenehme Folge der Resection, die Anästhesie, rasch und leicht fügen.

Strauscheid.

---

13) **G. M. Hammond** (New-York): Antipyrine for the relief of headaches.

(The journal of nerv. and ment. disease, April 1892.)

Verf. preist den Nutzen von Antipyrin bei angio-paralytischer Migräne direct beim Beginne des Anfalls gegeben; es sei nutzlos bei der angio-spastischen Form. Bei der Cephalalgie in Folge Irritation des Verdauungstractus wirke es ausgezeichnet; sei hierbei Herzschwäche vorhanden, so verbinde man es mit Digitalis oder Alcohol. Antipyrin habe keinen Heileffect, wie in vielen Fällen Chinin, sondern helfe nur über den Anfall weg.

Strauscheid.

---

14) **H. A. Tomlinson** (Philadelphia): A study of the indications for, and application of, physical culture in the treatment of insanity and allied diseases. (The journal of nerv. and ment. disease, Jan. 1892.)

Verf. empfiehlt lebhaft für die Behandlung der Psychoneurosen ganz ebenso wie für die Behandlung der Hysterie und Neurasthenie die individualisirende Anwendung von Massage, passiver Muskelbewegungen, faradischer Muskelreizungen, systematischer willkürlicher Muskelbewegungen und leichter gymnastischer Uebungen. Er hält diese Mittel für eine wichtige Unterstützung der Behandlung, da sie durch Besserung der Ernährung, Regulirung der Circulation und eventuell Entfernung krankhafter Zustände wohl oft Patienten, die sonst chronischem Irrsinne verfallen würden, der Heilung entgegenführen könnten. Strauscheid.

---

15) **R. Wichmann**: Die Wirkung und der Werth der Electrotherapie. Ein kurzer Ueberblick über die neuesten Anschauungen.
(Sep.-Abdruck aus Aerztl. Pract. 1892, Nr. 17 u. 18.)

Bei dem Nihilismus, der sich über den Werth der Electricität in der Nervenheilkunde in der neuesten Zeit vielfach geltend macht, ist es mit Freuden zu begrüssen, dass wieder einmal ein Electrotherapeut von Fach zu Gunsten dieser Heilmethode in die Schranken tritt. Bekanntlich ist von denjenigen, die sich systematisch mit der Electrotherapie beschäftigen und nicht — sit venia verbo — herumpfuschen, wie es plan- und ziellos von der Mehrzahl der practischen Aerzte und leider auch in vielen Universitätskliniken noch geschieht, als unerlässliches Erforderniss die Anwendung geringer Stromdosen hingestellt werden. C. W. Müller empfiehlt eine Stromdichte von $^1/_{18}$—$^1/_{20}$ (der Zähler des Bruches giebt die Anzahl der Milliampères und der Nenner die Grösse der Electrodenplatten in qcm an), Sperling sogar nur eine solche von $^{0,5}/_{50}$—$^{0,25}/_{50}$. Referent, der Gelegenheit hatte, sich in der Sperling'schen Poliklinik mehrere Wochen lang tagtäglich von den überraschenden Heilerfolgen zu überzeugen und an sich selbst und anderen mehrfach mit 0,2—0,5 MA. in diesem Sinne befriedigende Versuche angestellt hat, kann die Methode zur weiteren Prüfung nur empfehlen. Freilich gehört dazu ein subtiler Apparat, dessen Anschaffung wohl nicht Sache eines jeden practischen Arztes ist. Für die Praxis ausser dem Hause benützte Referent einige vom Mechaniker W. R. Seifert in Dresden construirte und bezogene Apparate, die sich durch ihre Billigkeit und dazu Brauchbarkeit empfehlen: eine transportable Tauchbatterie für 30 Elemente mit Stromwender (Catalognummer 24, Preis 60 Mk.), einen Faust'schen Graphitreostaten (Nr. 320, Preis 19 Mk.) und ein kleines Horizontalgalvanometer nach Edelmann (Nr. 306, Preis 45 Mk.).

Müller und Sperling haben ferner nachgewiesen, dass starke galvanische Ströme nicht nur nicht das Leiden zu heilen, sondern viel mehr zu verschlimmern vermögen, denn der menschliche Körper reagirt, wie auf jeden therapeutischen Eingriff, so auch auf jede electrische Procedur. Je stärker der electrische Strom, desto stärker die Reaction. Wichmann selbst ist seit mehreren Jahren ebenfalls von starken Strömen ganz abgekommen.

Was ferner die Nervenleiden betrifft, die vom electrischen Strom in günstigem Sinne beeinflusst werden, so sind hier in erster Linie die motorischen Lähmungen zu nennen. Dass Wichmann's Erachten nach nur functionelle Rückenmarks- und Gehirnlähmungen durch den electrischen Strom auf directem oder reflectorischem Wege heilbar sind, dürfte im Princip richtig sein; jedoch auch hier exceptio firmat regulam, wie die Casuistik von C. W. Müller beweist. — Ueber die günstige Beeinflussung peripherer Lähmungen durch die Electricität ist nicht zu streiten. Die Behauptung, dass die Natur in ebenso kurzer oder langer Zeit solche Lähmungen beseitige, wird einmal durch die Statistik (51 Fälle von Radialisdrucklähmung leichterer Art) von Remak widerlegt, wonach die Heilung bei electrischer Behandlung in der Regel in 13 Tagen, sich selbst überlassen zumeist in 4—6 Wochen, zuweilen erst in 3–5 Monaten erfolgt, sondern durch den Erfolg, den man bei alten, jahrelang bestehenden Lähmungen durch den electrotherapeutischen Eingriff erzielt hat, u. a. m. Auch Wichmann ist

nach einer siebenjährigen neurologischen Thätigkeit von der Wirksamkeit der Electricität bei derartigen Lähmungen vollständig überzeugt.

Bei Chorea empfiehlt derselbe nach dem Vorgange von Sperling die Electricität mit Diät, Luft, Wasser und Hypnose zu verbinden. Die meisten Fälle heilten so in 3 - 6 Wochen. — Bei Paralysis agitans hat man von der Electricität mitunter Besserung, niemals Heilung gesehen. Im Allgemeinen ist der Verfasser der Ansicht, dass bei Krämpfen die electrischen Heilerfolge nicht sehr gross sind. Es beruht dies vielleicht mit darauf, dass wir über das Wesen resp. den Sitz der Krämpfe in den meisten Fällen noch recht wenig resp. so gut wie gar nichts genaues wissen; noch am günstigsten wirkt die Electricität bei Beschäftigungsneurosen. — Dagegen bietet der Morbus Basedowii nach den Erfahrungen von Lehr, Vigouroux, C. W. Müller, Hirt, Wichmann u. a. ein sehr geeignetes Feld für die electrischen Heilmethoden.

Dass bei Hysterie und Neurasthenie eine specifische Eigenheilwirkung der Electricität besteht, muss Referent nach seinen Erfahrungen auch behaupten.

Der Werth der electrischen Behandlung als schmerzstillendes Mittel bei Neuralgieen wird auch von den Gegnern nicht bestritten; Wichmann empfiehlt hier kurze und scharfe Ströme. Ebenso günstig ist die Anwendung der Electricität in ihren Erfolgen bei der Migräne.

In der Franklinisation, der man in Deutschland im Allgemeinen mit Misstrauen entgegenkommt, sieht Wichmann eine wesentliche Bereicherung unseres Heilschatzes. Die günstigen Resultate, wie sie von Charcot, Holst, Stein, Eulenburg, Bernhard und dem Verfasser erzielt worden sind, ermuthigen zu weiteren Versuchen.

Wenn Verfasser des weiteren über die electrischen Wasserbäder behauptet, sie dienten überhaupt meistens nur als Mittel der Reclame, so heisst dies offenbar voreilig über eine Sache urtheilen, die noch lange nicht genügend erforscht ist. Ferner ist nicht einzusehen, wie so die Verbindung der Massage mit der Faradisation „nicht für wissenschaftlich und desshalb nicht für zweckmässig“ gelten soll. Referent hält dieses Verfahren für ausgezeichnet bei Neurasthenie.

Die Frage nach dem Einfluss der Suggestion, die der Verfasser an einer gewissen Anzahl der Fälle nicht wegläugnet, streift er nur leise und will sie an anderer Stelle eingehend behandeln. Buschan-Stettin..

---

16) Dr. **A. Ignatoff**: Bestimmung der Dauer der psycho-physischen Reaction bei Gesunden und geistig Kranken. (Opredelenie prodolgietelnosti psychophysitscheskoi reactii u sdorowych idychewno bolnych.)

(Archiv für Psychiatrie und Neurologie von Prof. Kowalewsky, Bd. XIV, H. 3.)

Der Gegenstand der Untersuchung ist die psychometrische Bestimmung von psychisch gesunden und psychisch kranken Menschen. Die Experimente fanden im Cabinet des Prof. Kowalewsky unter Anwendung des Hipp'schen Chronoscopes statt. Die Resultate, zu denen der Experimentator kam, sind folgende: 1. In den meisten Fällen wird bei den psychisch Kranken die Verlangsamung der psycho-physischen Reaction beobachtet; bei manchen Kranken aber ist die psycho-physische Reaction weit kürzer, als bei den

gesunden, — eine solche Beschleunigung der Reaction wird öfters in der Categorie der Associationen beobachtet. 2. Die Verkürzung der mittleren Dauer der psycho-physischen Reaction wurde nur bei Kranken mit Dementia paralytica und auch da nicht bei Allen beobachtet.

Augenscheinlich hängt die Dauer der psycho-physischen Reaction bei den Kranken dieser Categorie von der Periode ab, je tiefer und dauerhafter der pathologische Process ist, desto langsamer verfliesst die psycho-physische Reaction. 3. Die Beschleunigung der psycho-physischen Reaction bei Pseudoparalysis luetica wurde in keinem von den beschriebenen Fällen beobachtet.

4. Die Beschleunigung der Association wird bei der normalen oder sogar vergrösserten Dauer der einfachen Reaction und der Reaction mit Wahl beobachtet. —

5. Die von mir erforschte Reaction, die in sich die Zeit der Wahl und zugleich die Zeit der Unterscheidung und der einfachen Reaction enthält, erwies sich in den meisten Fällen bei gesunden und bei einigen Kranken kürzer, als die Dauer der Association; jedoch war die Reaction mit Wahl bei einigen gesunden, nicht intelligenten Personen dauerhafter, als die oder jene Association. In Folge dessen bin ich nicht mit denjenigen einverstanden, die ein Princip daraus machen wollen, dass nur bei psychisch Kranken die Dauer der Zeit mit der Zeit der Unterscheidung und der einfachen Reaction grösser sei als die Dauer der Association.

6. Alle Formen der psycho-physischen Reaction der Neurastheniker sind verlangsamt.

7. Die Dauer der Reaction der Maniakalischen und Melancholiker ist verlängert; nur sind die mittleren Abweichungen derjenigen der Maniakalischen meistens sehr gross; im Gegentheil ist die mittlere Abweichung der Melancholiker gering, resp. sie geben ziemlich beständige Zahlen.

W. Didrichson-Charkoff.

---

17) **W. v. Bechterew:** Ueber zeitliche Verhältnisse der psychischen Processe bei in Hypnose befindlichen Personen.

(Neurol. Centralblatt 1892, Nr. 10)

Die zum grössten Theil von den Herren E. Henika und B. Worotynski im Laboratorium des Prof. Bechterew ausgeführten Untersuchungen betrafen:

1. Die Zeit der einfachen acustischen Reaction,
2. die Zeit der Erkennung des Gehöreindrucks oder die Aperceptionszeit,
3. die Wahlzeit (durch Angabe einer verabredeten Bewegung nach der Erkennung des Gehöreindrucks,
4. die Zeit der Association von Vorstellungen (Worte),
5. die Zeit des Zählens einfacher Zahlen.

Die Zahl der Versuche, welche mit dem Hipp'schen Chronoscop an 3 hysterischen Patienten (eine gehörte den gebildeten Ständen an) theils in der Periode des Gefühls von Wohlbefinden, theils kurz vor oder nach dem Anfall ausgeführt wurden, belief sich im Ganzen auf 1200.

Die Ergebnisse dieser Versuche fasst B. in folgenden Sätzen zusammen:

1. Die bei den Personen im wachen Zustande, im Gefühl des Wohlbefindens erhaltenen mittleren Werthe bei der Bestimmung der einfachen Reactions- und Wahlzeit unterschieden sich wenig von den von anderen Autoren angegebenen Werthe für dieselben psychischen Processe beim gesunden Menschen. Unter gleichen Bedingungen erwiesen sich aber die Durchschnittswerthe bezüglich des Zählens von einfachen Zahlen und der Zeit der Association von Vorstellungen merklich grösser als bei Gesunden.

2. Im hypnotischen Zustande ist die einfache Reactionszeit, die Apperceptions- und Wahlzeit bei allen Personen im Vergleich zum wachen Zustande mehr oder weniger verlängert; die Zeit des Zählens von einfachen Zahlen und die Zeit der Association von Vorstellungen waren bei der Mehrzahl der Fälle kürzer als im wachen Zustande.

3. Die Zeit aller psychischen Processe war bei allen drei untersuchten Personen im hypnotischen Zustande, wenn ihnen suggerirt wurde, dieselben schneller auszuführen, unbedingt kürzer als die Zeit derselben Processe im hypnotischen Zustande ohne diese Suggestion.

4. Die Zeit des Zählens einfacher Zahlen und die Zeit der Association von Vorstellungen (nach Abzug der einfachen Reactionszeit auf Worte) waren im hypnotischen Zustande mit der Suggestion, es schneller zu machen, in allen Fällen kürzer als im wachen Zustande. Waren die einfache Reactionszeit und die Apperceptions- und Wahlzeit in Folge der hypnotischen Suggestion auch mehr oder weniger bedeutend verkürzt, so erwiesen sie sich jedoch nicht immer als kürzer im Vergleich zur Zeit derselben Processe im wahren Zustande vor der Hypnose.

6. Stets und ausnahmslos verlängerte die Verschlimmerung des nervösen Zustandes (z. B. durch einen vorhergegangenen hysterischen Anfall oder durch Vorboten eines neuen Anfalls) deutlich den Gang der psychischen Processe.

Hoppe (Allenberg).

---

18) **Dominico Ventra**: La suggestione non ipnotica nelle persone sane e nella psicoterapia.

(Il manicomio moderno 1891.)

Verf. empfiehlt mit vollstem Rechte die Wirksamkeit einer wohl vorbereiteten und gut durchgeführten Suggestion im wachen Zustande; man erreicht so oft ausgezeichnete Resultate in Fällen, wo eine Hypnose überhaupt nicht zu erzielen ist. Auch Geisteskranke sind dieser Art von Suggestion nach der Erfahrung des Verf. besonders zugänglich und zwar ausser den Hysterischen und Alcoholisten insbesondere Paranoiker und Melancholische (?). Wenn aber schliesslich Verf. behauptet, auch in einem Falle von Abdominaltyphus durch blosse Suggestion am 10. Krankheitstag eine sofortige Entfieberung und Heilung erzielt zu haben, so dürfte diese Behauptung wohl nur ein allgemeines Schütteln des Kopfes hervorrufen.

Strauscheid.

---

19) **C. Krarup**: Den hypnotiske Sovus Fysiologi. — Er Hypnosen en patologisk Tilstand? (Die Physiologie des hypnotischen Schlafes. — Ist die Hypnose ein pathologischer Zustand?)

(Hospitalstidende 1892, S. 777.)

Der Verf. sucht das Entstehen und die Symptome der Hypnose durch die Annahme einer Verengerung der Carotides internae und einer Erweiterung der Carotides externae und Art. vertebrales zu erklären. Er meint, dass eine solche Annahme eine gewisse Wahrscheinlichkeit für sich hat, räumt aber doch ein, dass seine Ausführungen auf rein hypothetischer Grundlage ruhen. Im Ganzen kann man ihnen gewiss keinen höheren Werth beilegen. Viel eher dürfte wohl der Verf. auf die Zustimmung der meisten Forscher ausserhalb der Nancyer-Schule rechnen, wenn er, auf Vergleiche zwischen dem spontanen Somnambulismus mit der Chloroformnarkose gestützt, behauptet, dass die Hypnose als ein pathologischer Zustand angesehen werden muss.

Koch (Kopenhagen).

---

20) **Berillon**: Mécanisme des phénomènes hypnotiques chez les sujets hystériques.

(Rév. de l'hypnot. 1892, mars)

In einem in der société d'hypnologie zu Paris gehaltenen Vortrage theilt uns Verf. seine Versuche mit, durch welche die Nancyer Anschauungen eine neue Bestätigung erhalten und die Charcot'sche Lehre, dass die drei Stadien der Hypnose Folgen physikalischer Einwirkung auf den zu Hypnotisirenden sind, widerlegt wird. — Hysterische, die noch völlig unbekannt mit der Hypnose waren, bei denen sorgfältigst jede diesbezügliche Suggestion vermieden wurde, zeigten die 3 Stadien nicht, doch traten dieselben sofort auf, sobald der Experimentator während des Versuches davon sprach oder sobald eine derartige Hysterische einer Hypnose mit den 3 Stadien beigewohnt hatte. Z. B. konnte er eine Hysterische so leicht hypnotisiren, dass schon nach der ersten Hypnose Amnesie eintrat; trotzdem traten die 3 Stadien nicht auf. Hierauf demonstrirte er dieselbe Person im hypnotischen Schlaf vor der Klinik und beschrieb die somatischen Symptome der Lethargie u. A., die neuromusculäre Hyperexcitabilität; bei der nächsten Hypnose trat dieser Zustand ein. Verf. hält demnach die Erscheinungen der Lethargie, Catalepsie und Somnambulismus für theils bewusste, theils unbewusste Suggestionen des Experimentators und stellt sie in die gleiche Reihe, wie z. B. die durch Suggestion hervorgerufene Anästhesie.

Lehmann (Werneck).

---

21) **Schedtler**: Casuistischer Beitrag zur Lehre von den Erinnerungsfälschungen.

(Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 48, H. 6.)

24jähriger cand. phil. stellt sich bei der Polizei mit der Angabe, 2 Tage vorher einen Mord begangen zu haben, dessen Ausführung er genau beschreibt. Bald darauf will er seine Aussagen nicht mehr bestimmt aufrecht erhalten, er habe wiederholt morgens das Bewusstsein gehabt, Tags zuvor eine Uebelthat begangen zu haben, diesen Gedanken erst aufgegeben, wenn Bekannte ihm das Irrthümliche demonstrirt hätten. Am Thatorte

nichts von einem Morde bekannt. Freilassung. Gleich darauf missglückter Versuch, sich zu ertränken, Uebergabe an die Familie. S. ist geneigt, in diesem Fall, der ärztlich nicht beobachtet werden konnte, Verification einer Träumerei anzunehmen, die von dem melancholischen Patienten nach Art einer Zwangsvorstellung festgehalten wurde. Mercklin.

---

22) Prof. **C Wernicke**: Ueber fixe Ideen.

(Deutsche med. Wochenschr. 1892, Nr. 285.)

W. ist ein Gegner von der Lehre von den Monomanien, welche jedem Verbrecher einen Freibrief sicherte und glaubt, dass sie sich erst dann wieder das Bürgerrecht verschaffen dürfte, wenn sich die Gesellschaft auf den zum Glück noch vereinzelten Standpunkt der Identität von Irrsinn und Verbrechen gestellt haben wird. Dagegen tritt er für das Vorhandensein gewisser circumscripter Störungen in der psychischen Sphäre ein, ohne dass jedesmal damit Schwachsinn, Verfolgungswahn oder Grössenwahn verbunden sein müsste. Bei dieser Art von „fixen Ideen“ hndle es sich um eine einzige überwerthige Idee, um eine partielle intrapsychische Parafunction, wobei alle übrigen Handlungen völlig normal, jedenfalls aber durchaus logisch, wenn auch auf der falschen Prämisse der fixen Idee von Statten gingen. Dem auch von den Aelteren als besondere Krankheit auerkannten Querulantenwahn, dem Typus einer fixen Idee im Sinne Wernicke's, stellt Verf. 4 Krankengeschichten an bie Seite, welche das Bild einer partiellen Geisteskrankheit darstellen und ebenso wie der Querulantenwahn unter dem Namen „circumscripter Autopsychosen“ zusammengefasst werden müssten. In dem ersten Fall wird ein junges Mädchen Zeuge der Reinigung einer verlausten Person und kann seitdem den Gedanken, dass sie selber Läuse habe, nicht los werden. Sie wird dadurch fast bis zum Selbstmord getrieben und ist sehr beruhigt, weil sie sich in der Anstalt nach dieser Richtung hin gesichert fühlt. In dem zweiten Falle erfährt ein junges Mädchen von dem Selbstmord durch Ertränken einer längst vermissten Köchin und wird seitdem von dem Gedanken, auch in's Wasser gehen zu müssen, so gepeinigt, dass sie von selbst die Anstalt aufsucht. In dem dritten Fall ärgert sich eine etwas beschränkte, aber doch nicht schwachsinnige Frau über das Schnupfen ihres Mannes und bekommt bei dem Gedanken, dass ihr Mann auch des Nachts heimlich schnupft, wahre Wuthausbrüche, so dass sie von ihrem Mann in die Anstalt gebracht werden muss. In dem vierten Falle fasst ein excentrischer, aber sonst ungewöhnlich intelligenter Photograph zu einem 12jährigen Mädchen eine Zuneigung und will sie zu seiner Frau erziehen. Da der Vater des Mädchens ihn aus dem Hause weist, versucht er mit Gewalt dort einzudringen und wird in Folge dessen als gemeingefährlich in einer Anstalt detinirt. In allen diesen Fällen findet bis auf die aus ihrer fixen Idee gefolgerten Handlungen ein normaler Ablauf ihrer Denkfunctionen und der sich daraus ergebenden Handlungen statt.

Peltesohn.

---

23) **Näcke**: Ueber katatonische Symptome im Verlaufe der Paralyse bei Frauen.

(Allg. Zeitschr. f. Ps., Bd. 49, H. 1 u. 2.)

Bei 3 paralytischen Frauen traten wiederholt Zustände plötzlichen Stupors mit gespannter Muskulatur auf. Die Kranken verstummten plötzlich, der Kopf war vornübergebeugt, das Gesicht blass, blöde, die Augen weit aufgerissen, starr in's Leere gerichtet. Nacken, Rücken, Extremitäten gespannt, keine Flexibilitas cerea. Jedes Verständniss schien zu fehlen, die Pat. mussten gefüttert und zum Gehen gezwungen werden. Meist nach wenigen Stunden verschwand der Stupor zugleich mit der Muskelspannung. Dieser Symptomencomplex scheint nicht identisch zu sein mit den katatonischen Symptomen, die Knecht bei paralytischen Männern beschrieb. Verf. lässt die Möglichkeit offen, dass es sich dabei um eine Art von paralytischen Anfällen gehandelt hat. Mercklin.

---

24) **Kölle**: Ueber die Variabilität der Wahnverstellungen und Sinnestäuschungen.

(Allg. Zeitschr. f. Ps., Bd. 49, H. 1 u, 2.)

Durch sehr ausführliche Beschreibung älterer Fälle von Paranoia sucht Verf. Koch's Bemerkungen über denselben Gegenstand (A. Z. f. Ps., Bd. 42) weiter zu illustriren. Mit sinkender Intelligenz nimmt die Variabilität der Wahnvorstellungen zu, die Grundrichtung des Wahns bleibt erhalten. Mercklin.

---

25) Prof. **Pick**: Beiträge zur Lehre von den Hallucinationen.

(Neurol. Centralbl. 1892, Nr, 11.)

In dem ersten Abschnitt „Ueber Hallucinationen in krankhaft veränderten sensorischen Mechanismen“ theilt P. zwei Fälle mit, einen von Holland und einen neuen, den er bei einem Paralytiker beobachtet hat, bei welchen im Anschluss an schwere motorische und sensorische Aphasie (atactische Aphasie mit Worttaubheit) sich nach einigen Tagen, nachdem die Erscheinungen ganz oder nahezu ganz abgeklungen waren, für wenige Stunden Gehörshallucinationen einstellten, mit deren Aufhören auch die letzten Reste der Aphasie verschwanden. Bei dem von P. selbst beobachteten Kranken ist noch interessant, dass der Anfall sich nach einiger Zeit in derselben Weise wiederholte und dass beide Mal die Gehörstäuschungen rechtsseitig auftraten; bei einem dritten Anfalle liess wegen der bereits eingetretenen psychischen Schwäche die Einseitigkeit der Hallucinationen sich nicht feststellen.

P. erklärt diese Hallucinationen durch ein abnormes Mitfungiren des noch nicht restituirten Sprachmechanismus („atactisch-aphatische Hallucinationen“). —

Im zweiten Beitrag, welcher den „Einfluss des psychischen Factors bei Hallucinationen des Gehörs und Gesichts“ behandelt, theilt P. zwei Fälle von Gehörhallucinationen mit, wo auf dem schwächer hörenden Ohre keine Stimmen vernommen wurden. Verstopfung des normalen Ohrs liess im ersten Falle die Stimmen vollständig schwinden, während die Beseitigung der Schwerhörigkeit auf dem anderen Ohre (welche

durch Verstopfung mit Ohrenschmalz bedingt war) dazu führte, dass die Stimmen bald auch auf diesem Ohre gehört wurden.

P. leitet daraus einen Einfluss der Vorstellung des Nichthörens re.ps Hörens auf das Ausbleiben resp. Auftreten der gleichzeitigen Hallucinationen ab, wenn er auch die Möglichkeit zugiebt, dass die mit dem Freiwerden des Gehörganges zur Empfindung kommenden Gehörseindrücke illusorisch umgedeutet werden. — Ferner berichtet P. über einen Fall von Gesichtshallucinationen, die in Gestalt von grauen Figürchen auftraten und durch Vorhalten von Vergrösserungs- und Verkleinerungsgläsern grösser resp. kleiner, ebenso wie sie bei Vorhalten von farbigen Gläsern in den entsprechenden Farben gesehen wurden.

Im 3. Abschnitt bespricht P. einige Fälle von einseitigen Hallucinationen in mehreren Sinnen. Zuerst kamen linksseitige Gehörshallucinationen, die beim Verstopfen des linken Ohres sistirten, dann linksseitige Gesichtshallucinationen und schliesslich verbanden sich damit dem Inhalt der Gehörshallucinationen entsprechende Gefühls- und Geruchshallucinationen auf der linken Seite. P. scheint es bemerkenswerth, dass gerade in jenen drei Sphären einseitige Hallucinationen zur Beobachtung kamen, deren Territorien in der Rinde aneinander grenzen.

Hoppe (Allenberg).

---

26) **A. Pleraccini**: Un fenomeno non ancora discritto nelle allucinazioni visive. (Riv. sper. di freniatria 1892, Bd. 18, H. 2.)

Verf. beobachtete bei einem degenerirten Schwachsinnigen, der an doppelseitigen Gesichtshallucinationen litt, dass letztere verschwanden, mochte er nun das eine oder das andere Auge schliessen. Erklärt wird die Erscheinung seitens des Verf. als eine Wirkung einer Autosuggestion; der schwachsinnige Kranke glaubte, bei Verschluss eines Auges überhaupt nicht mehr ordentlich sehen zu können — ergo sah er auch seine Hallucinationen nicht mehr.

Strauscheid.

---

27) **M. N. Popoff**: Dementia paralytica syphilitica.
(Archiv Psychiatrii i Neuropathologii von Prof. Kowalewsky, 1891, 4.)

Bis jetzt wird noch von vielen Autoren die Paralysis progressiva von der Dementia paralytica unterschieden. Der Hauptunterschied dieser zwei krankhaften Zustände bildet das Vorhandensein oder die Abwesenheit der Grössenwahnideen.

Wenn die Grössenwahnideen sistiren, wird diese Krankheitsform mit Recht zu der Paralysis progressiva gerechnet, wenn sie nicht vorhanden sind oder sich schwach äussern, wird sie unmittelbar zur Dementia paralytica gerechnet. Hinsichtlich der Paralyse, deren äthiologischer Moment Lues ist, unterscheidet Autor auch 2 Formen: Pseudoparalysis syphilitica und Dementia paralytica syphilitica.

Die letztere Form wird dadurch characterisirt, dass sie von Anfang bis zu Ende ohne Grössenwahnideen verfliesst, oder dieselben äussern sich so wenig, dass der Hauptgrundzug die Dementia ist.

Eine solche Form der paralytischen Dementia, die auf syphilitischem Boden primär entsteht und von Anfang bis zu Ende ohne Grössenwahn-

Ideen verfliesst, nennt der Autor Dementia primaria syphilitica zum Unterschiede von der Dementia paralytica, die sich secundär nach der progressiven Paralyse entwickelt.

Didrichson-Charkoff.

---

28) **König**: Ueber passagere Sprachstörungen bei progressiver Paralyse.
(Allg. Zeitschr. f. Ps., 49, H. 1 u. 2.)

Auf das anfallsweise auftretende, rasch vorübergehende Versagen der Sprache bei Paralyse, besonders im Initialstadium, haben mehrere Autoren hingewiesen (so Sander, Mendel). K. bringt ausführliche Schilderungen solcher Sprachstörungen nach Beobachtungen an zwei paralyt. Frauen.

Im 1. Fall traten die Anfälle bei erhaltenem Bewusstsein einmal mit Zuckungen der Gesichtsmuskeln und Angstgefühl, sonst ohne erhebliche Nebenerscheinungen auf (zuweilen Zittern in der Gesichts- und Zungenmuskulatur), meist sporadisch, an einem Tage auffallend gehäuft. Nach den ersten Worten tritt plötzlich eine Pause ein, Pat. bewegt nur noch die Lippen, bemüht sich vergeblich zu sprechen, nach einigen Secunden findet sich unter Lallen und Stottern die normale Sprache wieder ein. Wortbegriff und Wortverständniss waren erhalten, die Zunge konnte langsam bewegt werden. Pat. wurde in einer Remission entlassen, nach einem halben Jahr wieder aufgenommen. In der Zwischenzeit waren die Anfälle bisweilen auch mit Zuckungen im linken Mundfacialis und tonischem Krampf im linken Arm verbunden gewesen. Bei den weiteren in der Anstalt gesehenen Anfällen trat das Unvermögen zu sprechen schon bei der Aufforderung dazu auf, das volle Sprachvermögen kehrte jetzt ohne das Stadium des Stotterns bald wieder zurück. Auch war jetzt während der Anfälle die Respiration oberflächlich, frequent, mit Stridor verbunden und zeigte Pat. einen gewissen Grad von Verwirrtheit. Bei derselben Pat. sind vollständige paralytische Anfälle beobachtet.

Im 2. Fall zeigten sich bei erhaltenem Bewusstsein tonische und clonische Krämpfe, hauptsächlich der linken Extremitäten, die theilweise mit momentanem Unvermögen zu sprechen einhergingen. Der Mund stand dabei halb auf, die Kinnbacken waren schmerzhaft und in der rechten Kopfhälfte hielten Schmerzen längere Zeit an. Nach den Anfällen: leichte Schwäche der linken Extremitäten, vibrirende Zuckungen in den Fingern links. Zweimal hatte Pat. Schreikrämpfe von hysterischem Character, mehrmals Anfälle, während welcher angeblich das linke Auge nicht geöffnet werden konnte, und Parästhesien in verschiedenen Körperregionen.

Obgleich man daran denken könnte, die betr. Anfälle für hysterische zu halten, begründet Verf. wohl mit Recht die Annahme, dass es sich bei diesen Sprachstörungen um Anfälle von corticaler Epilepsie handelte.

Mercklin.

---

29) **Magnan**: Héréditaires dégénérés.
(Arch. d. Neurol. 1892, Mai.)

M. rechtfertigt die Aufstellung einer folie héréditaire als besondere Krankheitsform, deren Symptome sich zurückführen lassen auf eine désèquilibration mentale und als deren einzige oder hauptsächlichste Ursache die

Heredität anzusehen ist; oft haben die Voreltern gleiche krankhafte Erscheinungen dargeboten. Man findet bei solchen Hereditariern somatische und psychische Degenerationszeichen. Zu den letzteren gehören die Zwangsvorstellungen und Zwangsimpulse; die Kranken empfinden das fremdartige dieser, suchen auch dagegen anzukämpfen, geben aber doch schliesslich nach, um von der inneren Angst befreit zu werden.

Ziemlich häufig sind sexuelle Anomalien und Perversitäten. Einseitige Ausbildung des Intellects oder einzelner geistiger Fähigkeiten auf Kosten des moralischen Sinns findet sich nicht selten. Eine materielle anatomische Ursache für die Krankheit ist nicht vorhanden, man hat sie vielmehr aufzufassen als functionelle Störung der verschiedenen Centren, wodurch ein harmonisches Zusammenwirken dieser, wie es zur geistigen Gesundheit nöthig ist, unmöglich wird.

Einige mehr oder minder ausführlich mitgetheilte Krankengeschichten dienen zur Erläuterung der vorstehenden Ausführungen.

Falkenberg-Dalldorf.

---

30) **J. Salgó**: Der chronische Wahnsinn. (Vesania chronica, Paranoia.) (Gyógyászat 1892, 12, 13, 14. etc.)

Verf. betont in seinen Ausführungen, dass die Bezeichnung chron. Wahnsinn (Paranoia, Vesania chronica, Vesania typica etc.) nur als Sammelname zu betrachten ist, unter welchem chronisch verlaufende mit Hallucinationen und systemisirten Wahnideen einhergehende meist unheilbare Geistesstörungen subsummirt werden. Und doch unterliegt es aus mehreren Gründen keinem Zweifel, dass wir unter dieser summarischen Benennung mehrere Unterarten mindestens einer Krankheitsform zusammenfassen.

Es ist sogar wahrscheinlich, dass wir wesentlich von einander abweichende Krankheitszustände in eine Definition weiteren Begriffes hineinzwängen, weil wir mit Hilfe unserer heutigen Untersuchungsmethoden eine allen wissenschaftlichen Anforderungen entsprechende Diagnose zu stellen bis auf den heutigen Tag nicht im Stande sind. Der Verf. räth, nach diesen Gesichtspunkten den diagnostischen Werth der durch ihn nachfolgend aufgestellten Unterarten des Wahnsinns auf das richtige Maass zurückzuführen. Jedenfalls fällt bei dieser Unterscheidung der hierher gehörigen Symptomencomplexe nur der pracitsche Nutzen in's Gewicht. — Das seiner Eintheilung zu Grunde liegende Princip ist der Inhalt der Wahnideen, denn dieser verleiht den einzelnen Arten ihre characteristische Färbung. Hieran ist festzuhalten.

Im prodromalen Stadium des chron. Wahnsinns steht die Summe somatischer Störungen derart im Vordergrund, dass der sie begleitende psychische Zustand nur als deren natürliche Folge erscheint. Diese körperlichen Symptome sind: Kopfschmerz, welcher von den Kranken mehr als Druckgefühl geschildert wird, ferner Herzklopfen und Verdauungsstörungen. Hierzu gesellt sich ein erhebliches Daniederliegen der geschlechtlichen Potenz, was die Kranken im höchsten Grade beunruhigt. In diesem ersten Stadium der Krankheit ist das Krankheitsgefühl in pathologisch hohem Grade gesteigert und laufen die Kranken eine Unzahl von Aerzten ab, um sich Rath zu holen. Je länger dieser Zustand des Missbehagens und der

Unruhe andauert, um so mehr treten die Erscheinungen der psychischen Erschöpfung in den Vordergrund. Der deprimirte Gemüthszustand, die tiefe Verstimmung und Erregtheit nehmen von dem Momente angefangen zu, wo sich Schlaflosigkeit einstellt. Bis dahin taucht das klare und unzweifelhafte Element einer Geistesstörung nicht auf. Die tiefe Depression, Verzagtheit und Verfall der Arbeitsfähigkeit werden jedoch alsbald auf die abnormen somatischen Zustände zurückgeführt und in diesen eine Erklärung für jene gefunden. Und so erscheint als erstes Element der Geistesstörung die hypochondrische Wahnidee, die aus den vielen vorausgegangenen Klagen herauskristallisirt. Die Kranken leben in dem Wahn, an Magenkrebs, Herzfehler, Darmverschluss etc. zu leiden, spüren, dass der Umfang ihres Kopfes zunimmt, dass es in ihrem Magen plätschert etc. Mit dem Auftreten der ersten fixen Wahnidee schreitet rasch in der Entwicklung die Geistesstörung fort, die sich schon jetzt mit immer wieder neueren Elementen complicirt und sich durch Hinzutreten von Illusionen und Hallucinationen weiter ausbildet. Das Benehmen der Kranken wird ihren Wahnideen entsprechend eigenthümlich. Sie gehen nicht auf die Gasse, weil man ihnen die Krankheit von den Augen herabliest, sie reichen nicht die Hand, weil sie sich fürchten, andere mit ihrer Krankheit anzustecken etc. Auf einmal behaupten sie dann, dass sich die Leute auf der Gasse von ihnen abwenden, vor ihnen ausspucken, ihnen ausweichen u. s. f. Dieser schon gewissermaassen systematisirte Beachtungswahn wird durch das Auftreten distincter Hallucinationen vollendeter und inhaltsreicher.

Im Beginne hören sie nur einzelne Schimpfworte, etwa wie „Du Hund“, „Narr“, „da kommt der Narr“, „todtschlagen muss man ihn“ etc. Auf diese Weise kommen dann die Kranken immer häufiger in Collision, weil sie sich verfolgt glauben. Mit dem Auftreten der Hallucinationen werden sämmtliche bisherigen Krankheitssymptome, wie hypochondrische Sensationen, Illusionen und der ganze qualvolle Zustand in ein zusammenhängendes, äusserlich begründetes System gebracht. Vor allen anderen behaupten die Kranken, dass ihr Zustand durch äussere Einflüsse entstanden ist und ihre Qualen von ihren Feinden herrühren.

In diesem Entwicklungsstadium des chron. Wahnsinns gestaltet sich dann das Krankheitsbild verschieden. Die verschiedenen Formationen seiner pathologischen Symptome besitzen einen so constanten Character, dass diese verschiedenen Symptomencomplexe, die ihrer Entwicklung und ihrem Verlaufe nach gleichförmig sind, mit Recht als einzelne Formen des chron. Wahnsinns betrachtet werden können. Und so haben wir als erste Form, als erste Unterart der Paranoia den hypochondrischen Wahnsinn zu unterscheiden, wo nämlich hypochondrische Wahnideen das ganze Krankheitsbild allein beherrschen und seinen Inhalt abgeben. In solchen Fällen sind weder Verfolgungs- noch Grössenwahnideen verhanden. Die Kranken halten sich für syphilitisch, wuthkrank, tuberkulös, tabetisch. Sie bilden sich ein, dass die eine Körperhälfte todt, die eine oder andere Extremität aus Holz, Glas ets. besteht, glauben, dass ihre Organisation verändert sei, der Mann hält sich für ein Weib und umgekehrt; solche Kranke glauben, dass sie von bösen Geistern, vom Teufel besessen sind, dass sie sich in Thiere umgewandelt haben u. s. f. (Lykanthropie, Dämonomanie). Aus

diesen Wahnideen resultirt dann das auffällige Benehmen solcher Kranken. Der eine traut sich nicht wieder zu setzen, weil er glaubt, dass sein für gläsern gehaltenes Gesäss zusammenbricht, ein anderer hält den Athem zurück, weil er sich vor Zerspringen fürchtet, ein dritter bellt und springt vierfüssig wie ein Hund herum, weil er sich zu einem solchen umgewandelt hält u. s. w. In diese Reihe von Fällen gehören jene, wo eine oder zwei fixe Wahnideen vorhanden sind, jedoch von einer Systemisirung der Wahnideen keine Rede ist. Dies sind die rudimentären, abortiven Formen des hypochondrischen Wahnsinns. Es giebt nämlich Individuen, die auf eine auffallende Weise essen, sich kleiden, umherschreiten, weil sie überzeugt sind, dass sie sonst Schaden erleiden würden; es giebt auch solche, die auf eine Schwelle nicht treten, sondern diese überspringen, die sich hüten, eine Thürklinke anzufassen, die sich vor Infection fürchten etc. Diese hypochondrische Form des chron. Wahnsinns kann während ihres ganzen weiteren Verlaufes ihre Symptome unverändert beibehalten; es compliciren weder Verfolgungs- noch Grössenwahnideen das Krankheitsbild, welches quoad valetudinem eine absolut ungünstige Prognose liefert.

Entwickelt sich nun auf Grund bestimmter Illusionen und Hallucinationen — indem der Ausgangspunkt der krankhaften Veränderungen der patholog. Sensationen nach aussen verlegt und äusseren feindlichen Einflüssen zugeschrieben wird — in den meisten Fällen zu Folge Gehörstäuschungen ein Verfolgungsdelir, so haben wir die zweite Form de chron. Wahnsinns, den Verfolgungswahnsinn, vor uns, welcher Jahre Jahrzehnte lang bestehen kann, ohne dass das Krankheitsbild von Grössenwahnideen getrübt wäre, ohne dass sich der Symptomencomplex ändern würde, woraus folgt, dass dem Verfolgungswahnsinn im klinischen Sinne der Werth einer selbstständigen Krankheitsform beizumessen ist.

Nur dann, wenn sich an die hypochondrischen und Verfolgungswahnideen Grössenwahnideen anschliessen, bildet sich nach dem Verf. das typische Bild des chron. Wahnsinns aus (Vesania chron. typica, délire chronique à évolution systématique), jedoch nicht in dem Sinne, als wenn in dem Entwicklungsgang des Krankheitsbildes die dem Inhalt nach verschiedenen Wahnideen in einer bestimmten, characteristischen gesetzmässigen Ordnung auf einander folgen würden, wie es Magnan behauptet, noch weniger in dem Sinne, dass die Grössenwahnideen durch logische Processe aus der versuchten Erklärung der Verfolgungswahnideen entstehen sollten (Meynert). Denn nach dem Verf. treten die Grössenwahnideen im Verlaufe des „Wahnsinns“ in ganz derselben Weise auf, wie irgend wie geartete Wahnideen anderen Inhalts, nämlich auf Grund von Hallucinationen.

Nach dem Verf. ist der chron. Wahnsinn, alle seine Formen inbegriffen, an kein Lebensalter gebunden. Die Zahl der Fälle zeigt aber trotzdem zwei Maxima, deren eines zwischen dem 10.—25. und das zweite zwischen dem 40.—50. Lebensjahre sich bewegt.

In diesen zwei Reihenfolgen der Fälle soll den Angaben des Verf. entsprechend bezüglich der Symptomencomplexe eine auffallende symptomatologische Differenz bemerkbar sein und zwar so, dass unter den jüngeren Paranoikern sich eine grosse Zahl von mit Grössenwahn complicirten

Fällen zeigt, während jene höheren Alters nur ausnahmsweise Grössenwahnideen äussern und mehr das von Witkowski als melancholischer Wahnsinn bezeichnete Krankheitsbild (ausschliesslich mit hypochondrischen und Verfolgungswahnideen) darbieten.

Hinsichtlich der Entwicklung und des Verlaufs kann nach dem Verf. eine Aehnlichkeit der Paranoia mit dem Querulantenwahnsinn nicht geleugnet werden. Doch besitzen dessen krankhafte Elemente, die Verfolgungs und Grössenwahnideen, sowie deren Aeusserung und Gruppirung ein so characteristisches Gepräge, dass bezeichnete Krankheitsform eben wegen diesem typischen Character nicht zum chronischen Wahnsinn gerechnet werden kann. Ostermayer (Budapest).

---

31) **H. Abegg** (Tübingen): Ein Fall von psychischer Störung bei Schrumpfniere, mit Sectionsbericht. Aus der 1. med. Klinik in Tübingen.
(Berliner klin. Wochenschrift 1892, Nr. 17.)

Ein 28jähriges nicht belastetes Mädchen, welches früher häufig an chronischen Lymphdrüsenschwellungen gelitten, 1890 wegen Bronchitis, October 1891 wegen Husten und Herzklopfen in der Klinik behandelt worden war, wurde am 16. November 1891 in einem sehr erregten Zustande wieder in die Klinik aufgenommen, nachdem bereits seit einigen Tagen allgemeine Aufgeregtheit mit Schlafsucht, Kopfweh und Erbrechen gewechselt hatte.

Die körperliche Untersuchung ergab einen schlechten Ernährungszustand, trockene, rissig belegte Zunge, bronchitische Geräusche über beiden Lungen, pleuritisches Reiben, systolisches, pfeifendes Geräusch über der Herzspitze, leichten Ascites, Vergrösserung der Milzdämpfung und Eiweissgehalt des Urins $^1/_5$%). Temp. normal, Puls 88, Resp. 20—25.

Bei benommenem Sensorium war die Kranke gewöhnlich sehr unruhig, machte gelegentlich Fluchtversuche und sprach viel verwirrtes Zeug. — In den nächsten Tagen, während Puls- u. Athemfrequenz und Eiweissgehalt erheblich zunahm, zeigte sie eine erhebliche Angst, in welcher sie sich oft an andere Personen anklammerte und fortwährend Angstrufe ausstiess („sie wolle nicht verloren sein, man solle ihr doch helfen"). — Dieser Zustand ging am 22. unter Steigerung der Temperatur (bis auf 38,2°) in völligen Sopor über, welcher am 25. unter krampfhaften Zuckungen in den Armen und Beinen mit dem Tode endete. — Das ungleiche Verhalten der Pupillen, welche in den letzten Tagen abnorm eng, dann wieder weit, aber ungleich waren und an einem Tage auf Licht gar nicht reagirten, die Temperatursteigerung und die Anschwellung und Vereiterung der Lymphdrüsen liessen die Diagnose einer auf Meningitis beruhenden, symptomatischen Melancholie (Melancholie? richtiger wohl acute Verwirrtheit! Ref.) stellen. Die Geräusche am Herzen wurden auf eine frische Endo-Pericarditis und auf diese wieder der Icterus, der Ascites und die Oedeme bezogen, während die Albuminurie auf eine gleichzeitige entzündliche Veränderung der Nieren zurückgeführt wurde.

Die Section ergab ausser einer starken Füllung der Hautvenen am Kopfe und der Schädelsinus bei Hirnanämie und einer alten Pleuritis als wesentlichsten Befund erhebliche Verkleinerung und Granularatrophie beider

Nieren, deren Rinde enorm verschmälert, stellenweise kaum noch erkennbar war; von einer Meningitis und Veränderungen im Endo- und Pericard aber keine Spur. —

Dieser Fall, sowie die Durchsicht der (im Original genauer besprochenen) Litteratur führte A. zur Aufstellung folgender Sätze:

1. Psychische Verstimmung, namentlich depressiven Characters, ist eine bei Nierenkrankheiten wiederholt beobachtete Erscheinung.

2. In seltenen Fällen, vielleicht auch in dem oben mitgetheilten, lässt sich die im Verlauf einer Nierenerkrankung aufgetretene Geistesstörung mit Wahrscheinlichkeit auf urämische Intoxication zurückführen. —

3. Geistesstörungen, bei denen ein solcher Zusammenhang anzunehmen ist, sind bei allen Formen des Morbus Brightii, ausserdem bei einer Anzahl anderer Nierenkrankheiten beobachtet worden.

4. Die Diagnose „Geistesstörung in Folge Nierenkrankheit" ist nur zulässig, wenn sonstige andere unzweifelhafte Zeichen urämischer Vergiftung, wie Erbrechen, Dyspnoe, Somnolenz oder vollends Convulsionen nachgewiesen werden können und wenn andere Ursachen, auch schwere hereditäre Belastung (?) ausgeschlossen werden können.

5. Es giebt keine für Nierenkrankheit specifische Form für Geistesstörung, jedoch sind Melancholie und Stupor die weitaus am häufigsten vorkommenden.

6. Die Prognose ist in der Regel dieselbe, wie bei dem typischen urämischen Anfall.

7. In einigen Fällen von Heilung ist consequente Milchdiät offenbar auch für die Psychose von günstigem Einfluss gewesen.

Hoppe (Allenberg).

---

32) **O. Herz**: Stupor bei Geisteskrankheiten.
(Gyógyàszat 1892, Nr. 8.)

Verf. giebt auf Grund zahlreicher Beobachtungen und einiger als Paradigmen geschilderten Krankengeschichten eine Beschreibung der Pathologie und Therapie des Stupor. In der Classification des Stupor bekennt sich der Autor als zu jener Gruppe von Fachmännern gehörig, die den Stupor als einen viele verschiedene Geistesstörungen begleitenden, complicirenden Symptomencomplex auffassen; er erkennt nur eine Art von Stupor an, da die wesentlichen pathognostischen Symptome bei allen stuporösen Zuständen dieselben sind, die äussere Erscheinungsform des Krankheitszustandes aber immer mehr oder weniger vom Character jener Krankheitsform abhängt, während oder nach welchen sich der Stupor entwickelt. Neues wird nichts gebracht. In der Therapie betont Verf. die frühzeitige Internirung Stuporöser in Anstalten und die Bettbehandlung derselben.

Ostermayer (Budapest).

---

33) **Amelia Gilmore** (Philadelphia): Insanity of the puerperium.
(The journal of nervous and mental disease. June 1892.)

In Privatirrenanstalten werden nicht annähernd so viele an puerperalem Irrsinne Erkrankte aufgenommen wie in öffentliche Anstalten was also wahrscheinlich macht, dass die wohlhabenden Wöchnerinnen, die sich

schonen können und die von allen Sorgen fern gehalten werden, nicht so leicht geistig erkranken, wie die armen. Verf. hat 25 Fälle beobachtet; davon sind 66% geheilt und einige noch in Behandlung befindliche Kranke bieten gute Aussicht auf Heilung, so dass der Procentsatz der Heilung sich noch besser stellen dürfte; 2 sind gestorben, 3 leiden jetzt an chronischer Manie. Jugendliches Alter (unter 30 Jahren) scheint sehr günstig zu sein; 2 Drittel der Fälle zeigten Manie, 1 Drittel Melancholie. Sinnestäuschungen sind häufig. Erotismus hat Verf. im Gegensatz zu andern Beobachtern sehr selten beobachtet, was sie darauf zurückführt, dass bei Behandlung durch weibliche Aerzte der Erotismus nicht provocirt wird. Nahrungsverweigerung war nicht selten. Brandstiftung beobachtete sie zweimal, Selbstmordneigung nur in 9%. Das Kind wird mit der Mutter nie allein gelassen; dahingegen lässt Verf. die Mutter das Kind stillen, so lange kein Nachtheil für die eine oder das andere gemerkt wird. Blutuntersuchungen zeigten die Verminderung des Hämoglobingehaltes bei den Kranken. Albuminurie wurde nur einmal gefunden. Gute Beobachtung und Pflege während des Wochenbettes, Behandlung der ersten sich zeigenden Symptome geistiger Erkrankung eventuell frühzeitige Unterbringung in ein gut geleitetes Hospital wird die Prognose des Puerperalirreseins noch verbessern und es unter Umständen ganz verhüten. Strauscheid.

34) **H. Louguet**: Ueber die Nona. Sem. méd., 9. Juni 1892.
(Ref. Hospitals-Tidende 1892, Nr. 30.)

Der Verfasser giebt eine Zusammenstellung aller bisher veröffentlichten Fälle von Nona, dieser räthselhaften Krankheit, über die zum Beginn ihres Auftretens (gegen das Ende der grossen Influenza-Epidemie 1890—91) die Tagespresse voll von abenteuerlichen Mittheilungen war. Die erste Notiz von ärztlicher Seite findet sich im Jahre 1718, wo, gleichzeitig mit einer ungeheuren Grippe-Epidemie sehr viele Fälle einer eigenthümlichen, damals „Schlafkrankheit“ genannten Erkrankung auftraten. Erst viel über 100 Jahre später sind dann wieder eingehende wissenschaftliche Beobachtungen dieser Krankheit vorgenommen worden (nach der Influenza-Epidemie von 1890—91) und zwar hauptsächlich von den Aerzten Tranjen, Müller, Hammerschlag, Priester und Hallager. Verf. giebt in kurzen Worten die Resultate dieser Untersuchungen. Das Characteristische für alle diese Fälle ist ein tiefer, unnatürlich langer Schlafzustand, der ganz ohne Zweifel in Zusammenhang mit der Influenza zu bringen ist. Die seltenen Fälle von tiefer Sommolenz in Folge anderer Krankheiten, wie z. B. Letargie und Coma vigile, weichen ihrem Auftreten nach stark von dem Bilde der Nona ab. Eher könnte man die Nona mit dem hysterischen Schlaf in Verbindung bringen, umsomehr, als nach zahlreichen Erfahrungen die Influenza auf die Entwicklung hysterischer Phänomene von Einfluss ist — doch fehlen bei den an Nona Erkrankten durchaus alle hysterischen Symptome, wie Anästhesie, Paresen, Contracturen etc. Der einzige der Nona ähnliche Zustand ist die in den Tropen wohlbekannte „Schlafkrankheit“, die oft ohne irgend welches generelle Leiden auftritt und den Umstand mit der Nona gemein hat, dass man die natienten durch Schütteln oder lautes Anrufen aufweckeu, sie zur Nahrungsaufnahme bewegen und auf Fragen klare zutreffende Antworten von ihnen erhalten kann. Kurella.

35) **Dees**: Ein Fall von inducirter Melancholie
(Allg. Zeitschr. f. Ps., Bd 48, H. 6.)

Bei einer melancholischen Frau mit Schmerzen in der linken Schläfe, Ohrensausen, Herzklopfen, Angst wurde ein Ceruminalpfropf im linken Gehörgang entdeckt, an seine Entfernung schloss sich bald die Genesung. D. nimmt an, dass bei der hereditär nicht belasteten Patientin das Ohrenleiden eine neuralgisch bedingte Disposition setzte, während die Psychose ihres zuerst erkrankten Ehemannes (beständiges Jammern, Vorwürfe) die Melancholie auslöste.

Mercklin.

---

36) **Gerlach** (Königslutter): Ein Fall von Geisteskrankheit im Kindesalter.
(Allg. Zeitschr. f. Ps., Bd. 48, H. 6.)

Genauer Bericht über die unter dem Bilde eines halluc. Wahnsinns verlaufende Psychose, welche sich bei einem 10jährigen Mädchen nach Scarlatina-Nephritis im Anschluss an urämische Convulsionen entwickelte und nach ca. Jahresfrist in Genesung ausging. Bemerkenswerth sind die gleichzeitigen motorischen Erscheinungen (cf. deren Analyse im Original). Sie erscheinen nicht psychisch bedingt, liessen sich auch nicht auf eine periphere Neuritis zurückführen. G. nimmt an, dass auch sie durch eine toxämische Schädigung des Centralorgans erzeugt wurden.

Mercklin.

---

37) **Percy Smith**: Case of so-called Katatonia.
(The journal of mental science. July 1892.)

Beschreibung eines Falles von Kahlbaum'scher Katatonie bei einer 32jährigen Gouvernante. Stupor, Verbigeration, Katalepsie etc. waren deutlich ausgesprochen. Die Katatonie scheint nach den bisherigen Beobachtungen ausserordentlich selten in England vorzukommen. Verf. ist nicht geneigt, diese Form der geistigen Störung als eine eigenartige anzuerkennen, da alle einzelnen Symptome derselben bei anderen Krankheiten vorkommen.

Strauscheid.

---

38) **Walter Channing** (Brookline, Mass.): The evolution of paranoia-report of a case.
(The journal of ment. and nerv. disease. March 1892.)

Krankheitsgeschichte einer 35jährigen Dame, bei der sich Erscheinungen von Zweifelsucht mit Wahnideen der Beeinflussung von anderen Personen combinirten. Letztere schienen sehr schwankend, traten zuweilen in den Vordergrund, zuweilen schienen sie ganz geschwunden, so dass die Patientin den Eindruck einer leidlichen Gesundheit machte. In zahlreichen Briefen giebt sich das Entstehen eines Theiles der krankhaften Erscheinungen deutlich zu erkennen.

Strauscheid.

---

39) Dr. **F. Despagnet**: De la Névrite optique héréditaire.
(Recueil d'Ophthalmologie. Juillet 1892.)

Verfasser berichtet über 6 Fälle, die eine Familie, bestehend aus 4 Brüdern, 1 Schwester und deren Sohn, betreffen. Verlauf: Das Leiden begann mit Lichtscheu, dazu kamen während der kritischsten Periode heftige

Kopfschmerzen, wovon nur der jüngste Bruder, bei dem sich das Leiden erst im Prodromalstadium befindet und der Neffe verschont blieben. Die Kopfschmerzen zogen sich über 4—6 Monate hin und ging damit eine allmähliche Verschlechterung des Sehvermögens einher. Mit dem Nachlassen der Kopfschmerzen hörte auch bald die Abnahme des Sehvermögens auf und blieb dann letzteres stationär. Die definitive Herabsetzung der Sehschärfe zeigte verschiedene Grade, die stärkste war S = $^1/_{70}$. — Die peripheren Gesichtsfeldgrenzen waren bei den 4 ersten Patienten normal, dagegen bestand ein centrales, gleich im Beginn der Erkrankung auftretendes centrales Scotom, welches blieb. Von den Farben werden nur Blau und Gelb erkannt.

Bei den beiden Letzteren (jüngster Bruder und Neffe) fehlt das Scotom, dagegen ist das Gesichtsfeld concentrisch eingeschränkt für Weiss, Roth und Grün. Farbenperception im Uebrigen normal. — Abgesehen von dem jüngsten Bruder (cfr. oben) wurde ophthalmoscopisch eine deutlich ausgeprägte doppelseitige Neuritis nervi optici festgestellt, die ihren entzündlichen Character mehrere Monate beibehielt und mit einer partiellen Atrophie endigte. — Das Leiden trat bei dem Neffen mit dem 20., bei dessen Mutter mit dem 26. und bei deren Brüdern mit dem 30.—32. Lebensjahre auf. — Anamnese: Vater und Mutter hatten nie Sehstörungen, auch wurde drei Generationen aufwärts weder ein ähnliches Augenleiden noch überhaupt ein Nervenleiden in der Familie beobachtet. — Blutsverwandtschaft der Eltern nicht vorhanden, für Lues kein Anhaltspunkt. — Von Seiten des Vaters ist zu erwähnen, dass derselbe Potator war und sich zur Zeit der Geburt der Kinder schon in vorgerückten Jahren befand (46 bei dem ältesten). Derselbe war zweimal verheirathet. Die Kinder aus erster Ehe blieben von diesem Leiden verschont. Der zweiten Ehe entsprossen 7 Kinder, wovon 2 in frühen Jahren starben, die 5 anderen von diesem Augenleiden befallen wurden. Es scheint also auch hier die Angabe Leber's, dass das Leiden meistens von der Mutter vererbt wird, ihre Bestätigung zu finden. Während hier directe Vererbung vorliegt, alle Geschwister, vor allem auch die Schwester erkrankten, ist dies nach Leber nicht die Regel. Als Zeit des Auftretens giebt Leber durchschnittlich das 20. Lebensjahr an. — Verfasser nimmt einen meningealen Process an, 2 Fälle, die ich selbst beobachtete, legten dieselbe Vermuthung nahe. — Behandlung: Strychnininjection, Quecksilbereinreibungen, Verabreichung von Jod, Blutentziehungen. Verfasser glaubt einen geringen Erfolg davon angeben zu können.

Bach-Würzburg.

---

40) **Pasquale Penta**: Der Schläfenfortsatz des Stirnbeins.
(Arch. Psych. 1891.)

Der Verfasser untersuchte 752 Schädel, unter diesen 240 von Irren aus der Provinz Neapel, 82 von Verbrechern, 117 aus dem anatomischen Museum der Universität, 258 aus dem anthropologischen Museum, 55 von egyptischen Arabern und weitere 100 von Säugethieren stammende.

Die Anomalie findet sich bei den Schädeln der Irren in 50‰. Bei den Verbrecherschädeln in 118,19‰, bei denen aus dem anatomischen Museum in 24,59‰, bei jenen aus dem anthropologischen Museum in 19,38‰.

Kürzlich hat Calori die Anomalie bei den Italienern in nur 8,00 bis höchstens 10,00‰ gefunden, und bei den übrigen europäischen Racen fanden sie Anutschin, Virchow und Gruber nur in 15‰; ferner bei den Mongolen in 37‰, bei den Malaien in 37, bei Papuas in 86‰, bei den Negern in 124, bei den Australiern und Tasmaniern in 157‰.

Es besteht demnach durch diese Anomalie eine Verwandtschaft zwischen den Irren und den Verbrechern und diese beiden Klassen entfernen sich von der Norm und nähern sich den Wilden.

Ottolenghi.

---

41) **Gurrieri**: Das Tätowiren im königl. Zuchthaus für minderjährige Sträflinge zu Bologna.

(Arch. Psichiatr. 1891.)

Unter den 170 Sträflingen des Jahres 1889/90 sind 56 Tätowirte aufgeführt, d. h. die nicht unbeträchtliche Procentzahl von 31,76. Es sind tätowirt an dem rechten Arm allein 5, am linken 34, an beiden Armen 12, am rechten Arm und linken Schenkel 1; am linken Arm und Brust 1. — Die Bilder bestehen hauptsächlich in Ankern, Herzen, Zahlen, Kreuzen mit Herzen, Wappen, Frauennamen und vor Allem aus dem Spruche: Menegon e morte al Fratello.

Die tätowirten Jünglinge machten sich stets als die unbändigsten bemerkbar. Auch bei dem in jenem Zuchthaus kürzlich ausgebrochenen Aufstand erwiesen sich die Tätowirten als dis Haupträdelsführer und diejenigen, welche am hartnäckigsten Widerstand leisteten.

Ottolenghi.

---

42) **G. D'Abundo**: Beitrag znm Studium der Fingerformen.

(Archiv. Psich. 1891.)

Der Verfasser studirte die Fingerformen bei Idioten und Hemiplegischen. Die Gestalt der Fingerkuppen bei 7 Idioten zeigte sich von einer wunderbaren Aehnlichkeit und Gleichheit, in so auffallender Weise, dass alle 10 Finger der Hände ein und dieselbe Form hatten.

Unter 20 Fällen von Schwachsinn mit sehr erheblicher geistiger Beschränktheit offenbarte sich in 4 ein- und dieselbe Form für alle 10 Finger der Hände und beim Rest wurde durchgehends eine Neigung zur Wiederholung derselben Gestalt bei fast allen Fingern bemerkt, mit Ausnahme von einem oder zwei, am meisten beim Daumen, dem Ring- und dem kleinen Finger.

In 19 Fällen von Hemiplegie nach cerebraler Hämorrhagie fand der Verfasser bei den Personen, die am längsten von der Krankheit befallen waren, eine beachtenswerthe Abflachung der Fingerkuppen.

Ottolenghi.

---

43) **G. Guicciardi**: Parto illegittimo e infanticidio in una donna degenerata semimbecille.

(Riv. sper. di freniatria 1892, Bd. 18, H. 2.)

Ein schwer belastetes junges Mädchen hatte seine ausserehelichе Schwangerschaft zu verbergen gewusst; als die Wehen begannen, ging sie

Nachts in den Hühnerstall und gebar dort in aufrechter Stellung ein Kind, das sie, als es schrie, durch einige Fusstritte tödtete. Verf. konnte nachweisen, dass die Angeklagte schwachsinnig war und also überhaupt nicht verantwortlich sein konnte für die Handlung, die sie auf Grund ihrer Geistesstörung beging; in diesem Falle aber kam noch hinzu ein schwerer Affect, wodurch eine vorübergehende Verdunkelung des Bewusstseins mit Vorwiegen von impulsiven Handlungen herbeigeführt wurde. Die Angeklagte wurde freigesprochen. Ref. möchte es nicht unterlassen, den Ausdruck Halbimbecillität als höchst unglücklich und schlecht zu bezeichnen; es kann keinen halben, Drittel- oder Viertel-Schwachsinn geben; es giebt nur einen Schwachsinn, der mehr oder weniger deutlich ausgesprochen sein mag, aber stets als wahre Geistesstörung in gerichtlicher Beziehung die volle Unverantwortlichkeit für die Handlungen begründet, welche auf seinem Boden entstanden sind. Leider wird von manchen Psychiatern das Wort Schwachsinn nicht für die geistige Störung reservirt, sondern auch auf die physiologische Dummheit ausgedehnt, wodurch in dieses Grenzgebiet der Psychopathologie noch mehr Verwirrung als schon ohnedies besteht, hineingetragen wird.

Strauscheid.

---

44) **A. Tamassia:** In causa di simulazione di pazzia.
(Rivista sper. di freniatria 1892, Bd. 18, H. 1.)

Eine Diebin und Brandstifterin, die früher ganz gesund gewesen war, bekam während der Untersuchungshaft plötzlich „epileptische“ Anfälle und zeigte eine erhebliche Demenz. Durch scheinbares Eingehen auf die krankhaften Erscheinungen und durch (stets prompt vollzogene) Suggestion neuer unsinniger Symptome gelang es leicht nachzuweisen, dass alle Erscheinungen von der Angeklagten simulirt waren. In der Gerichtsverhandlung gab sie denn auch ihr Treiben auf. Wie so oft, fand sich auch hierbei ein Arzt, der die Verbrecherin, ohne sie überhaupt nur jemals gesehen zu haben, für geisteskrank erklärte, was übrigens von Niemandem ernst genommen wurde.

Strauscheid.

---

45) **F. Del Greco** (Nocera): Considerazioni sopra un caso di pazzia ereditaria.
(Il Manicomio moderno 1892, Nr. 1.)

Ein recht interessanter Fall von Geistesstörung auf hereditärer Grundlage mit sehr complicirter Symptomatologie (Zwangsideen, Verfolgungsideen, Störung des Vorstellungsablaufes (pathologische Affectzustände etc.), der alle klinischen Merkmale des hereditären Irreseins wie: chronischer Verlauf, keinerlei Neigung zur Systematisirung der Wahnideen, Polymorphismus, Lucidität zeigt. Verf. giebt eine interessante Darstellung der psychologischen Entwicklung des gesammten Krankheitsbildes.

Strauscheid.

---

46) **Bianchi** (Siena) e **Marimò** (Parma): Su alcune anomalie craniche negli alienati. Osservazioni anatomo-antropologiche.
(Riv. sper di freniatria 1892, Bd. 18, H. 1.)

Die Verfasser haben 1019 Irrenschädel auf das Vorkommen einer Frontalnaht, eines processus frontalis des Schläfenbeines, eines mittleren Hinterhauptsgrübchens und anderer Hinterhauptsanomalien, einer über 5 mm hohen crista frontalis, eines foramen pterygospinosum des Keilbeines, einer Verdoppelung des Jochbeines, sowie endlich einer apophysis lemurinica untersucht. Sie fanden dabei im Gegensatz zu anderen Autoren das Vorkommen dieser Abweichungen bei Geisteskranken im Allgemeinen nicht wesentlich höher als bei Gesunden. Nur bei den angeborenen und degenerativen Formen der Geistesstörungen war der Procentsatz ein nicht unbeträchtlich höherer als bei den anderen Psychosen.

Strauscheid.

---

47) **Mingazzini** (Roma): Sul significato della depressione parieto-occipitale.
(Riv. sper. di freniatria 1892, Bd. 18, H. 1.)

Die zuerst von Kelp, später besonders von Tarnowskaja beschriebene Depressio parieto-occipitalis kann entweder auf einer Prominentia squamae occipitis oder einer reinen Depressio praelambdoidea beruhen; Verbindungen beider Zustände kommen natürlich nicht allzu selten vor. Bei der Vergleichung einer grossen Anzahl von normalen und Irrenschädeln fand Verf. eine Vertiefung bei ersteren in 24,2%, bei letzteren in 56,6%. Wir müssen es einstweilen bei der Constatirung dieser Thatsachen bewenden lassen, da wir über das Zustandekommen und die Bedeutung dieser Anomalie nichts Sicheres wissen. Jedenfalls ist es sehr verfrüht, wenn einzelne Autoren dieselbe schon zu bestimmten Psychosen in Beziehung haben bringen wollen.

Strauscheid.

---

48) **Magnan** et **Galippe**: Déformation chez un dégénéré. Vortrag in der Société de biologie, 23. juillet 1892.
(Le Mercredi Médical 1892, Nr. 30.)

Das vorgestellte Individuum stammt von nervösen und alcoholischen Eltern ab. In seiner Kindheit litt es an intensiven Kopfschmerzen, die mit Erbrechen einhergingen und einem meningitischen Processe an der Basis zu entsprechen schienen. Von einer daher datirenden frühzeitigen Synostose leiten die Vortragenden einen Theil der somatischen Störungen her.

Der Kopf und die vier Extremitäten zeigen tiefgehende Veränderungen. Das Individuum ist brachycephal-asymmetrisch gebaut. Die Augen stehen hervor, die Nase weicht nach links ab, die Nasenhöhlen sind stark missgestaltet, das Kinn ist nach rechts verbogen. Die Oberextremitäten sind verbogen und schwach supinirt, die Hände zeigen tiefgreifende Veränderungen, Deviationen, Atrophieen, Verwachsungen, Fehlen, Amorphismus. etc. — Die Veränderungen des Mundes verdienen eine besondere Erwähnung. Das knöcherne Gaumengewölbe bildet nach oben eine conische Aushöhlung; das Velum ist sehr lang und trägt ein zweigetheiltes Zöpfchen. Die Zähne weisen grosse Anomalieen auf: fehlerhafte Implantation, Fehlen, Doppelreihen etc.

Buschan-Stettin.

49) **Petersen**: Caput obstipum congenitum.
(Zeitschr. f. orthop. Chirurgie. Juli 1892.)

Bekanntlich hat P. im Jahre 1885 die Theorie von Stromeier über das Entstehen von caput obstipum congenitum angegriffen, ohne indessen eine neue Theorie an ihre Stelle setzen zu können. In vorliegendem Aufsatz vertheidigt er sich nun gegen die Angriffe, die sein Artikel hervorgerufen hatte und sucht eine neue Erklärung der Difformität zu geben.

Volkmann hatte zugegeben, dass in vielen Fällen die Ursache nicht in einer Zerreissung der Muskeln intra partum zu finden sei und schloss aus den in dem Muskel vorgehenden Veränderungen, dass in vielen Fällen ein Trauma als Ursache anzusehen sei. Petersen weist nun nach, wie sehr die Art dieser Veränderungen, ihr Vorkommen in der ganzen Länge des Muskels, gegen ihr Entstehen durch eine Verwundung spricht. P. widerlegt ausführlich die Argumente von Fabry, Zehender und Vonck, welche alle die Stromeier'sche Theorie zu vertheidigen suchen. Er weist noch einmal darauf hin, dass kein einziger Fall beobachtet worden ist, in welchem nach Zerreissung des sterno-cleido mastoideus schiefe Haltung des Kopfes eintrat. Wenn bei Neugeborenen ein Hämatom mit Verkürzung des Muskels gefunden wurde, dann kann diese letztere nicht die Folge der Verwundung sein, sondern ist vielleicht eher die Ursache, durch welche die nicht normale Seite während der Geburt stärker der Verletzung ausgesetzt war, als die normale. Es sind verschiedene Fälle von wirklich angeborener Verkürzung mit Sicherheit beobachtet worden. Bei diesen braucht nicht nothwendig eine Veränderung der Form der Wirbel aufzutreten (wie Vonck behauptet), denn oft verlieren sich solche Veränderungen, die noch lange nach der Geburt bestehen, ganz plötzlich. (Man vergleiche hierzu den Fall von Wildt, Referat 300 des vorigen Jahrganges.)

Kurella.

---

50) Dr. **di Luzenberger**: J denti nei folli e nei frenastenici.
(Annali di Nevrologia 1891, fasc. V. u. VI.)

Verfasser hat die Zähne der Insassen der Provinzial-Irrenanstalt zu Neapel untersucht und die Anomalieen nach dem von Magitol aufgestellten System in Categorien gebracht. Die interessanten Einzelheiten der sorgfältigen Arbeit können unmöglich im Rahmen eines Referats wiedergegeben werden und ist das Original hierüber nachzulesen, das am Schlusse eine klare tabellarische Uebersicht giebt.

Dr. Feist.

---

51) Dr. **Penta**: J germi del delirio nei condannati.
(Annali di Nevrologia 1891, fasc. V u. VI.)

Verf. schildert an einer Reihe von Beispielen psychopathische Symptome, die er an verurtheilten Verbrechern zu beobachten Gelegenheit hatte. Hierher gehören Aberglauben und Leichtgläubigkeit, Suggestibilität, Logolatrie, Impulsivität und Veränderlichkeit des Characters, Hallucinationen, Grössen-, Verfolgungs- und Verdächtigungswahn. Er glaubt, Anhaltspunkte gefunden zu haben, durch welche die Gruppen der Verbrecher und der Geisteskranken sich unterscheiden. So soll es sich bei ersteren mehr um eigentliche Defecte, bei letzteren mehr

um eine Gleichgewichtsverschiebung auf psychischem Gebiete handeln. Beim Geisteskranken trifft man oft hohe Fähigkeiten und glänzende Phantasie neben Kritiklosigkeit, schnelle Fassungsgabe neben schweren Hallucinationen, blitzschnelle Ideenassociationen neben Oberflächlichkeit des Urtheils an; während der Geist des Verbrechers arm ist und nie blendende Phantasie, schnelles Erfassen und erhabene Ideen, dagegen Arglist und Schlauheit zeigt. DieMehrzahl der Verbrecher sind keine Irren, sondern stellen eine wirkliche Steigerung von Instincten und Neigungen dar, die sich in den niederen socialen Schichten kaum angedeutet finden und für wilde Völkerschaften characteristisch sind. Bei ihnen habeu sich die höchsten hemmenden und modificirenden Functionen nie ausgebildet und die alten Instincte und Neigungen treten stets offen zu Tage.

Dr. Feist.

---

52) Dr. **J. Ramadier** et **Paul Sérieux**: Note sur cinq cas de malformation spéciale de la poitrine (thorax en entonnoir); contribution à l'étude des stigmates physiques de dégénérescence.

(Bulletins de la société d'anthropologie de Paris 1891, fascic. 3, S.318—335.)

Thoraxdifformitäten sind von verschiedenen Autoren an Degenerirten beobachtet worden. Flesch beobachtete das häufige Zusammentreffen von missgestaltetem Thorax und Epilepsie; Bianchi sein häufiges Vorkommen bei Verbrechern (61%); desgleichen Balme bei den geistig Zurückgebliebenen von Vaucluse: Hühnerbrust, Luxation der Sternumspitze nach hinten, rinnenartig ausgehöhltes Sternum, totale Krümmung des Rumpfes nach vorn, Vorspringen der Schultern u. a. m. Bloch hat auf das gleichzeitige Vorkommen von Thoraxdifformität, Schädelmissbildungen, Fingerverdickungen, Herzhypertrophie etc. an Degenerirten aufmerksam gemacht. Girandeau endlich hat in gleicher Weise das Zusammentreffen von Entwicklungshemmung in der Körpergrösse, Missbildung des Sternum, mangelhafte Entwicklung des Haarsystems bei Hysterischen betont. Alle geschilderten Erscheinungen scheinen somit durch degenerativen Einfluss bedingt zu sein.

Die sogenannte Trichterbrust nun, jene conische, mehr oder minder tief (12—90 mm) ausgeprägte Difformation der mittleren oder unteren Sternalpartie, die gleichzeitig die dazu gehörigen Rippenknorpel in Mitleidenschaft zieht, ist nach den Ausführungen von Ramadier nnd Serieux auch als Degenerationszeichen (nicht solches der Rachitis, wie mehrfach angenommen) zu deuten.

Einmal spricht für diese Auffassung das gleichzeitige Auftreten verschiedener anderer Degenerationsanomalieen; so sehen wir die Trichterbrust combinirt mit Syndactylie (Beobachtung Ebstein); Fehlen des 5. Rippenknorpels (derselbe); Plagiocephalie, Syndactylie, Vitiligo, Phimosis, Ichthyosis (1. Beobachtung der Verfasser); fehlerhafte Stellung der Zähne, Gaumen in Spitzbogenform, Missbildung der Zehen (2. Beobachtung); Hydrocephalus, Missbildung der Finger, Taubheit (3. Beobachtung); Schädelmissbildung, Hasenscharte (4. Beobachtung), Schädelmissbildung, Strabismus, Prognathismus, fehlerhafte Stellung der Zähne, Kryptorchismus, Aortenstenose (5. Beobachtung — sämmtliche 5 Beobachtungen werden in extenso mitgetheilt). Hierzu gesellen sich psychische Anomalieen; die mit Trichterbrust behafteten

Individuen sind zumeist delirirende Degenerés oder wenigstens Schwächlinge in geistiger Beziehung, Imbecille, Idioten, Epileptiker. Auch Eichhorst ha bereits die Beobachtung gemacht, dass in manchen Familien die Trichter brust erblich ist und dass in solchen Fällen sowohl die übrigen Familien mitglieder, als auch die von ihr Ergriffenen mit psychischen Affectionen Epilepsie oder anderen Difformitäten belastet waren. — Klemperer hat in gleicher Weise grosses Gewicht auf den Zusammenhang mit Störungen des Centralnervensystems gelegt. Zwei seiner Kranken litten an schwerer psychopathischer Disposition, sind aber intellectuell intact geblieben. Der dritte Kranke mit stark ausgeprägter Trichterbrust, war ein epileptischer Geisteskranker. — Was die Häufigkeit der Trichterbrust betrifft, so ist sie eine keineswegs geradezu seltene Erscheinung. Wenn auch die französische Literatur bis zu Ramadier und Sérieux nur eine einzige Beobachtung (aus dem Jahre 1860) aufzuweisen hat, so hat man der Missbildung in Deutschland jedoch mehr Beobachtung geschenkt. Ebstein hat alle von ihm beobachteten Fälle zusammengestellt und 2 neue hinzugefügt; später haben Eichhorst und Klemperer die Literatur um einige Fälle bereichert.

Buschan-Stettin.

III. Original-Vereins-Berichte.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

(Sitzung vom 11. Juli 1892.)

53) Discussion über den Vortrag König's (cfr. d. Zeitschrift, August-Heft 1892.)

Placzek hat sich mit ähnlichen Untersuchungen beschäftigt wie König; er beschränkte sich dabei auf die traumatischen Neurosen und unterzog die Behauptung O. König's, dass der Förster'sche Verschiebungstypus ein objectives Symptom der traumatischen Neurose sei, einer Nachprüfung. Es ergab sich, dass alle Fälle von traumatischer Neurose bis auf einen, welche ein concentrisch eingeschränktes Gesichtsfeld hatten, den Förster'schen Verschiebungstypus darboten. —

König hat im Laufe der letzten Wochen noch eine weitere Beobachtung gemacht, welche ihm, abgesehen von dem wissenschaftlichen Interesse, auch eine gewisse practische Bedeutung zu haben scheint. Es handelt sich nämlich um die Vergrösserung des blinden Fleckes durch systematische Ermüdungsversuche.

Bei der Untersuchung des Gesichtsfeldes einer an hochgradiger Hysterie (linksseitige leichte Extremitätenparese, Hemianästhesie, Ovarie etc.) leidenden Wärterin fiel es K. auf, dass Patientin immer an einer Stelle der temporalen Seite des Gesichtsfeldes angab, dass das Untersuchungsobject verschwände, und zwar wechselte diese Stelle, welche zuweilen, namentlich zuerst, dem peripheren Ende des blinden Fleckes zu entsprechen schien. Anfangs hielt K. die Patientin für unaufmerksam, als sich aber im Laufe der Untersuchung das Gegentheil herausstellte, wurde an ein oscillirendes Gesichtsfeld gedacht. Aber auch diese Annahme zeigte sich als unbegründet, da

das Prüfungsobject niemals auf der nasalen Seite verschwand und auf der temporalen Seite nur ein einziges Scotom auftrat, was bei den bis jetzt beobachteten Fällen von oscillirendem Gesichtsfeld auch nicht beobachtet worden ist. So gelangte K. schliesslich zu der Vermuthung, dass diese eigenthümlichen Angaben der Patientin die Folge einer mit jeder Ermüdungstour zunehmenden Vergrösserung des blinden Fleckes sei. K. ging nun so vor, dass er die ganz intelligente Patientin aufforderte, das Verschwinden des Objectes in der Mitte des Gesichtsfeldes zu ignoriren und ihr dieses Ignoriren dadurch zu erleichtern suchte, dass er in der Gegend des blinden Fleckes das Object etwas rascher durchführte, als man es für gewöhnlich thun soll.

Die Untersuchung ergab nun zunächst concentrische Gesichtsfeldeinschränkung, mit Wilbrand'schem Ermüdungstypus. Sodann wurde der blinde Fleck für sich untersucht, wobei sich folgendes ergab:

1. Der blinde Fleck vergrösserte sich ausschliesslich nach der Peripherie hin.
2. Die Ermüdungsquote war am Anfang am grössten.
3. Die Ermüdung kam nach einer Anzahl Ermüdungstouren zum Stillstande, wobei sich der blinde Fleck nicht bis zur Peripherie des Gesichtsfeldes vergrössern liess.
4. Die Erweiterung des blinden Fleckes durch Ermüdungsversuche war auf der Seite der hochgradigeren concentrischen Gesichtsfeldeinschränkung, der Seite der Hemianästhesie auch grösser als auf der andern Seite.

Diese 4 Eigenthümlichkeiten zeigten sich bei allen Controlluntersuchungen immer wieder.

In einem zweiten Falle (periodische Trunksucht) fand K. dieselben Verhältnisse.

Es erscheint eigenthümlich, dass sich die Ermüdung des blinden Fleckes nicht bis zur Peripherie des Gesichtsfeldes treiben liess, da doch die peripher. Theile bekanntlich am leichtesten ermüden, während das refractäre Verhalten der centralwärts vom blinden Fleck gelegenen Partie bei einem Gesichtsfelde, welches sich nicht bis zum Fixationspunkt ermüden liess, verständlich ist.

Vielleicht wird sich das geschilderte Verhalten des blinden Fleckes häufiger bei ermüdbarem Gesichtsfelde finden, wenn besonders darauf geachtet wird.

Der practische Werth dieses, wie es scheint, noch nicht beschriebenen Phänomens liegt darin, dass es nicht ohne weiteres zu simuliren sein dürfte.

54) **Placzek**: Hemianästhesie bei Vater und Tochter. (Mit Demonstrationen.)

Placzek demonstrirte das gleichzeitige Bestehen einer hysterischen Hemianästhesie bei einem 48jährigen Feuerwehrmann und seiner 9jährigen Tochter. Die Ansicht Lasègue's, dass die Hemianästhesie ein Symptom sei, welches aufgesucht werden müsse, ebenso diejenige Richer's, die dieser in den Worten ausspricht: „Beaucoup sont anaesthétiques, sans le savoir!" hatten in diesem Falle eine treffliche Bestätigung gefunden. Der Patient hatte von der bei ihm bestehenden Hemianästhesie nichts gewusst.

Der Vortragende demonstrirte alsdann die Hemianästhesie mit Einbeziehung der sensorischen Functionen, ferner die Hemialgesie, welch' letztere

sowohl bei Nadelstichen, wie bei Anwendung des faradischen Stromes stets zweifellos zu Tage trat. Er hält dieses so scharf ausgeprägte Symptom allein schon für hinreichend zur Sicherung der Diagnose Hysterie. Es gesellen sich jedoch noch eine Reihe anderer Symptome hinzu, welche ein typisches Gesammtbild schaffen.

Die subjectiven Beschwerden des älteren Patienten bestanden in Zittern und Schwäche der l. o. E., in unregelmässigen, stossenden Bewegungen der linken Schulter, in Aengstlichkeit, Schreckhaftigkeit, Erregbarkeit und mangelndem Schlaf. Versucht Patient, aus der sitzenden Stellung in die horizontale Lage überzugehen, so zaudert er zunächst, das Gesicht röthet sich lebhaft, die Pupillen sind ad maximum erweitert, reagiren jedoch prompt. Die Beinmuskulatur ist in einen tonischen Spannungszustand gerathen, welcher weder activ noch passiv überwindbar ist. Während die Unterschenkel und Füsse lebhaft schwitzen, fühlen die Oberschenkel sich kühl an. Der Puls stieg von 80 auf 140. Der Vortragende versetzt Pat. in Hypnose, in welcher durch Suggestion der Krampf beseitigt wird.

Die Tochter des Patienten hat öfters kataleptische Anfälle mit erhaltenem Bewusstsein und nachfolgender Aphonie. Der Vortragende zeigt die leichte psychische Beeinflussbarkeit, indem er dem Kinde die Stimme nimmt und wieder giebt.

Als Wurzel des Uebels sieht er die neurasthenische Affection des Grossvaters an, welche, durch Potus und Beschäftigung mit metallischen Giften gesteigert, auch eine potenzirte, hereditäre Macht entfaltete. Diese tritt am schärfsten bei dem ältesten Kinde, dem Patienten, in die Erscheinung, mit typischer Hysterie, während eine Schwester nur nervös reizbar ist. Das Krampfzittern sieht Vortragender in dieser ersten Generation als rudimentären Ersatz für wirkliche Krampfanfälle an.

Die Tochter des Patienten bekommt die unheilvolle Macht des hereditären Verhängnisses am schärfsten zu fühlen.

Vortragender geht genau auf die Wirkung der Heredität bei Erzeugung der Hysterie ein. Er weist nach, dass alle Autoren bis zu Charcot nur die Hysterie der Mutter für die hereditäre Wirkung anschuldigen, während bei dem Vater nur Epilepsie, Neurasthenie (Déjerine) das Gleiche zu Stande bringen soll.

Das Befallensein der l. Seite bei beiden Patienten entspreche dem Häufigkeitsgrade, mit welchem diese Seite befallen erscheint.

Hysterogene Zonen, Ovarialhyperästhesie bestanden nicht.

Der Vortragende geht dann noch auf die forensische Wichtigkeit ein, welche dieser Fall erlangt hat. In scharfen Worten geisselt er die fahrlässige ärztliche Untersuchungsart, auf Grund deren leichtfertig das Wort Simulation ausgesprochen werde. Wenn auch solch' ein Urtheil umzustossen sei, bleibe doch das Semper aliquid haeret bestehen. Gerade in diesem Falle erscheine die ärztliche Ansicht völlig räthselhaft, und Machiavelli behielte Recht mit den Worten: Es giebt viele, die sehen, wenige, die bemerken.

55) **Moeli**: Ueber Erkrankungen in der Haube der Brücke. (Mit Demonstrationen).

Es handelt sich um einen 35jährigen Menschen, welcher ein Jahr vor seiner Aufnahme in die Dalldorfer Anstalt syphilitisch inficirt gewesen war iund eine Schmiercur durchgemacht hatte. Ein Vierteljahr vor der Aufnahme Kopfschmerzen in der linken Kopfhälfte und eigenthümliche Empfindungen in den linksseitigen Extremitäten. Es bestand bei seiner Aufnahme eine rechtsseitige Abducenslähmung. Die übrigen Bulbusbewegungen waren frei; Herabsetzung der Sensibilität in der linken Körperhälfte.

Parästhesie im linken Arm; das Lagegefühl war erhalten; Kniephänomen und Hautreflexe auf beiden Seiten gleich. Beim Oeffnen des Mundes wich der Unterkiefer auffallend nach rechts ab; nach links war der Unterkiefer schlecht zu bewegen. Nach 4jähriger Beobachtung starb Patient an einer Pneumonie.

Gehirngewicht: 1230 gr. An den Gefässen, Gross- und Kleinhirntheilen nichts Besonderes; nur im 4. Ventrikel auf der rechten Seite vor den Striae acusticae eine kleine Verfärbung.

Die microscopische Untersuchung ergab einen kleinen in der Haube der Brücke gelegenen Herd, welcher hinter den Vierhügeln anfangend bis in's Gebiet des Trigeminusursprungs sich erstreckte. Die äussere Hälfte der Substantia reticularis ist verändert; der laterale Theil der innern Hälfte auch nicht mehr normal.

Der Herd ergreift einen Theil des motorischen Trigeminuskernes, sowie die gekreuzte Faserung, welche an diesen herantritt. Proximalwärts von dem Herd zeigt sich eine Abblassung in der Formatio reticularis latero-ventral vom hinteren Längsbündel; des weiteren eine blasse Stelle in der Mitte der Schleife und des vorderen Vierhügels. Distalwärts finden sich noch zwei abgeblasste Stellen. Die eine in der Haube reicht vom Facialiskern bis zum Rande der Schleife und zum corpus trapezoides und geht durch die Abducenswurzel durch. Die andere befindet sich laterodorsal von der nicht mit afficirten Facialiswurzel. Im Deiter'schen Kern und Kleinhirnschenkel zahlreiche kleine Blutungen. Die innere Acusticuswurzel ist verschmälert. In der Medulla oblongata ist das Mark der Olive betroffen, die nellen nicht so deutlich.

Die Fibrae arcuatae int. sind deutlich verringert, die aufsteigende Acusticuswurzel durchweg atrophisch.

Die Lähmung des Unterkiefers, des rechten Abducens, sowie die linksseitigen Sensibilitätsstörungen lassen sich mit dem anatomischen Befund in Verbindung bringen.

Was die Anästhesie anbetrifft, so war dieselbe keine vollständige.

Früher dachte man, dass im wesentlichen die seitlichen Partien des Pons für die Leitung der sensiblen Eindrücke in Betracht kommen. M. fand 14 einschlägige Fälle in der Litteratur.

Von den 14 Fällen sind 8 nicht beweiskräftig, die übrigen 6 zeigen übereinstimmend, dass, wo die Sensibilität intact war, ausschliesslich Erkrankungen oberhalb der Schleife oder des allermediansten Theiles der Schleife vorlagen; alle positiven Fälle zeigen eine Erkrankung der Schleife selbst oder der angrenzenden Formatio reticularis.

Ein Fall existirt, wo nur die Formatio reticularis betheiligt war und wo Sensibilitätsstöruugen vorhanden waren.

Dasselbe gilt für die Ataxie. Im Allgemeinen kann man sagen, dass die Fälle mit Ataxie den dorsalen Theil der Haube frei lassen und den ventralen Theil incl. Schleife betreffen.

Bei der Schleife, mit welcher sich der Herd absetzt, werden die Veränderungen nach oben und unten hin als secundär zu betrachten sein. Die aufsteigende Degeneration zeigt sich in einer Abblassung der Schleife bis zu den Vierhügeln. Im tiefen Vierhügelmark fand M. nichts bestimmtes.

Die absteigende Degeneration, die Degeneration der Olive, hängt zusammen mit dem Herd. Es st dies die Folge von dem Ergriffensein der centralen Haubenbahn. (Von Bechterew bewiesen; die olive hat nichts mit der Schleife zu thun.)

Die Fibrae arcuatae internae und die Olivenzwischenschicht sind auf der der erkrankten Olive gegenüberliegenden Seite erkrankt. Ob man diese Dinge als secundäre Degeneration aufzufassen hat, ist eine noch offene Frage

Auch die Degeneration der aufsteigenden Acusticuswurzel hängt mit dem Herde zusammen und zwar von dem Zipfel des Herdes, der in den Deiter'schen Kern hineingeht.

Discussion:

Remak möchte auf das grosse Interesse hinweisen, welches eine einseitige Lähmung der Kaumuskeln hat, or hat selbst einen ähnlichen Fall beschrieben.

Senator: Bei dem Moeli'schen Falle ist von besonderem Interesse, dass von den von dem motorischen Trigeminus innervirten Muskeln nur diejenigen paretisch waren, welche auf jeder Seite allein bewegt werden können, die mm. pterygoidei, während die eigentlichen Kaumuskeln, welche man nicht einseitig bewegen kann, frei blieben. Man kann hieraus schliessen, dass der Herd über den Kern hinaus die Fasern, welche nach dem Grosshirn gehen, lädirt hat.

56) **Köppen**: Ueber acute Höhlenbildung im Rückenmark.

V. berichtet über zwei Fälle von eigenthümlicher Höhlenbildung im Rückenmark.

Der erste Fall wurde drei Monate lang beobachtet. Es bestand eine Paraplegie mit EaR., Westphal'schem Zeichen, Störung der Lagewahrnehmung, Blasenstörung. Der Patient hatte einen Tumor unter der rechten Clavicula und an der 2. Rippe links; e wurde eine Compression des Rückenmarks angenommen. Kurze Zeit vor dem Tode Ptosis rechts und Myosis.

Die Section ergab eine Compression des Plexu sacralis und cruralis durch sarcomatöse Massen. Die Tumormassen hatten das Rückenmark unbetheiligt gelassen.

Die nähere Untersuchung des Rückenmarkes ergab eine aufsteigende Degeneration der Hinterstränge, die von der Cauda equina ausging und eine Höhlenbildung im Halsmark im rechten Vorderhorn und zwar ist diese im unteren Theil des Halsmarkes scharf begrenzt, im oberen Theile mehr zerrissen; die Höhle hat keinen Zusammenhang mit dem Centralkanal. Die graue Substanz ist reichlich mit Blutkörperchen durchtränkt; eine Kernvermehrung war nicht aufzufinden.

Im zweiten Fall handelte es sich um einen Mann, welcher acut erkrankt war 14 Tage vor seiner Aufnahme und nach 3 Tagen starb; er war ganz plötzlich erkrankt und fühlte zuerst eine Schwäche in den Beinen. Gang unsicher, spastische Erscheinungen in den Beinen. Tremor in den oberen Extremitäten. Pupillen reagirten; keine electrischen Erscheinungen. Allmählig zunehmende Benommenheit.

Bei diesem Patienten fand sich nichts weiter, als eine eigenthümliche Höhlenbildung im Halsmark und eine Heterotopie der grauen Substanz. Auch hier zeigte die graue Substanz sich vollständig mit Blutkörperchen infiltrirt.

V. glaubt, dass in beiden Fällen die Höhlen acut entstanden sind in Folge einer hämorrhagischen ödematösen Erweichung (Demonstration der Präparate mit dem Projectionsapparat).

König.

IV. Bibliographie.

57) **Rabow**: Remarques sur l'étiologie de la démence paralytique et sur son existence dans le Canton de Vaud.

R.führt als Ursache des paral. Blödsinns die zu angestrengte Kopfarbeit an, Sorgen, Kummer, den Kampf um die Existenz, wie sie sich bei Aerzten, Advokaten, Officieren, Künstlern, Ingenieuren, Beamten, Kaufleuten so häufig finden.

Die Frauen bleiben auch nicht länger verschont, seit sie Beruf und gleiche Sorgen haben wie die Männer; eine ganze Anzahl von Wittwen und Hebammen finden sich unter den Kranken. Der Ererbung legt R. keinen grossen Werth bei, in erster Linie beschuldigt er Alcohol und Syphilis, einzeln oder mit einander. Hier führt Verfasser die Verhältnisszahlen der Paralytiker an: in der Anstalt zu Charlottenburg (Berlin): 45% Paralyse, Anstalt zu Eberswalde, das schon weiter von Berlin abliegt: 26% — Anstalten in Hildesheim und Owinsk, die noch weiter von den grossen Centren abliegen, mit 17% für die Männer und ca. 2% für die Frauen — und in der Anstalt zu Cery (Lausanne) mit nur 4%. Verf. sucht diese niedere Zahl zu erklären, indem er sagt, die moralischen Schädigungsgründe übten auf den Bewohner von Waadt nicht denselben Einfluss aus wie anderswo. In diesem Lande giebt es keine grösseren Städte und demgemäss ist es ruhiger, friedlicher, fehlt Ehrgeiz und Hochmuth. Syphilis sei dort selten. An den Einfluss des Alcohols auf Entstehung paralytischen Blödsinns glaubt R. nicht recht, denn die Bevölkerung des Nordens, die weit mehr Alcohol trinkt als die Südländer — im Süden herrsche relativ Nüchternheit — habe nicht mehr Paralytiker als diese. Morel.

58) **Dr. W. Gajkiewicz**: Syphilis du système nerveux.
(Paris, J.-B. Baillière et fils. 1892. 4 M. 210 Seiten.)

Der erste Abschnitt (S. 1—16) ist allgemeinen Betrachtungen gewidmet, insbesondere solchen anatomisch-pathologischen Inhaltes. — Im zweiten Abschnitt (S. 17—115) beschäftigt sich der Verf. mit der Syphilis

des Gehirns. An der Hand von 34 instructiven Eigenbeobachtungen, die ausführlich mitgetheilt werden, behandelt er zuerst die Erscheinungen von Seiten des Grosshirns und zwar: die Prodrome, die Symptome — hierbei hebt er als differentialdiagnostisch wichtig den langsamen Verlauf, die Mydriasis, die gesteigerten Reflexe, das verhältnissmässig jugendliche Alter (20—40 Jahr) und den hartnäckigen Kopfschmerz hervor — und die Prognose im allgemeinen, sodann im besonderen die Herderscheinungen, Hemiplegie (26 Fälle), Monoplegie (2 Fälle), Epilepsie (3 Fälle), Basilarmeningitis (3 Fälle), sowie die nur mit allgemeinen Erscheinungen einhergehenden Fälle (für die Differentialdiagnose ist hierbei die Ungleichheit der Pupillen von Wichtigkeit). Eine besondere Betrachtung widmet der Verfasser sodann noch dem syphilitischen Kopfschmerz, zumal, da dieser oft genug zeitweilig das einzige Anzeichen der Grundkrankheit sein kann, und streift am Schlusse dieses Kapitels die Frage nach dem Zusammenhange zwischen Gehirnsyphilis und progressiver Paralyse der Irren. Von den verschiedenen Ansichten, die er des ausführlichen wiedergiebt, wagt er sich für keine derselben zu entscheiden.

Im zweiten Kapitel wendet sich der Verfasser, nachdem er eine detaillirte Schilderung der Circulationsverhältnisse im Mittel-, Zwischen- und Hinterhirn gegeben hat, zu der Schilderung der Symptome, wenn die Grosshirnschenkel — entgegengesetzte Hemiplegie, Sensibilitätsstörungen und Alterationen des Oculomotorius —, die Varolsbrücke — vordere Partie: motorische Störungen in den Extremitäten und dem Gesicht, Sensibilitätsstörungen, Affectionen des Trigeminus; hintere Partie: Alterationen des Abducens, peripherische Paralyse, des gesammten Facialis, die der Lähmung der Extremitäten entgegengesetzt ist —, das verlängerte Mark — ausser Störungen in den Extremitäten und der Sensibilität mehr oder minder ausgeprägt: Alterationen des Hypoglossus (Glossoplegie, Anarthrie und Dysphagie), Accessorius (Stimmbandlähmung, Lähmung des m. trapezius und des Sternocleido-mastoideus) und Vagus (Hustenanfälle, Schluckenanfälle, Erbrechen, Pulsbeschleunigung, Respirationsstörungen, Schlingbeschwerden, Hyperthermie, Harnstörungen) — sowie das Kleinhirn — eine seltene Erscheinung — ergriffen sind.

Der dritte Abschnitt (S. 116—170) behandelt die syphilitischen Affectionen des Rückenmarkes. Von den verschiedenen Formen, unter welchen die spinale Syphilis uns hier entgegentritt, ist die häufigste die diffuse Infiltration. Die Meningo-myelitis transversa illustriren 12 eigene Beobachtungen des Verfassers. — Das Hauptinteresse concentrirt derselbe aber auf das Verhältniss der Systemerkrankungen, insbesondere der Tabes zur Syphilis. Nimmt man an, dass die Systemerkrankungen nur parenchymatöse sind und die Veränderungen in den Gefässen und der Neuroglia secundärer Natur, dann ist der Syphilis jedweder Einfluss abzusprechen. Hält man sich indessen an die klinischen Thatsachen, so besteht die Möglichkeit, dass die Syphilis analoge Erscheinungen denen der Systemerkrankungen hervorrufen kann. Die Frage nach der Rolle, welche die Syphilis bei der Tabes spielt, ist noch ein ungelöstes Problem. — Verfasser will diesen Streit nicht entscheiden, theilt indessen einige Beobachtungen mit, die zur Lösung mit beitragen können. Zunächst hat er während seiner Privat- und Spitalthätigkeit mehr als 400 Tabesfälle

beobachtet und in 90 Procent derselben Syphilis als Antecedenz feststellen können; nur hat es ihn immer gewundert, dass die Tabes bei Frauen so selten ist, trotzdem diese von der Syphilis ebenso gut wie die Männer befallen werden. Eine specifische Behandlung indessen hat in den erwähnten Fällen nie eine objective Besserung herbeigeführt. Ausserdem konnte er feststellen, dass die Juden zwar recht häufig an syphilitischen Affectionen des Nervensystems, dabei aber nur selten an Tabes — unter 400 Tabikern waren nur 13 Juden — erkranken. Minor in Moskau konnte die letzte Beobachtung bestätigen (5—6mal Tabes bei Russen häufiger als bei Juden), erklärt diese Erscheinung jedoch durch das seltenere Auftreten der Syphilis bei den Juden überhaupt. Die Statistik unseres Verfassers hingegen dürfte der Wirklichkeit mehr entsprechen, denn Warschau gilt bekanntlich für das Eldorado der jüdischen Race. — Es besteht für den Verfasser kein Zweifel, dass sowohl eine diffuse syphilitische Affection des Rückenmarkes unter dem Bilde der Tabes verlaufen kann, als auch eine circumscripte syphilitische Affection der Meningen diese vortäuschen kann. Gajkiewicz ist der Ansicht, dass man zu dieser pseudo-tabischen Syphilis alle jene Fälle von Tabes stellen muss, die sich ganz rapide entwickeln und doch als geheilte verzeichnet werden. Er theilt 4 selbst beobachtete Fälle dieser Art mit.

Im vierten Abschnitt (S. 171—190) bespricht der Verfasser die syphilitischen Affectionen der peripheren Nerven. Im besonderen schildert er die Erscheinungen bei Erkrankung des N. opticus, oculo-motorius und des sensiblen Trigeminus, sowie die der Rückenmarksnerven (speciell N. ischiadicus). Im Anschluss hieran berichtet er über einen Fall von Angina pectoris, die aller Behandlung getrotzt hatte, bis eine specifische Cur sie in Monatsfrist zur Heilung brachte.

Diagnose der Syphilis des Nervensystems, ihre Häufigkeit — nach den Erfahrungen des Verfassers sind die syphilitischen Affectionen des Rückenmarkes, wenn man die Syphilis als Ursache für die Tabes ausschliesst, seltener als die des Gehirns — und die Zeit ihres Auftretens, die Prognose und die Therapie — schon bei Beginn der Prodrome ist sofort eine specifische Behandlung einzuleiten, die energisch und langdauernd sein muss — werden in den Abschnitten V—VIII nur kurz (S. 191—208) abgehandelt.

Die Sprache liest sich leicht und glatt; die rühmlichst bekannte Buchhandlung hat, wie immer, für ausgezeichneten Druck und starkes Papier Sorge getragen.

Buschan-Stettin.

59) **Schiefferdecker** und **Kossel**: Gewebelehre, mit besonderer Berücksichtigung des menschlichen Körpers. Erste Abtheilung. II. Band von: Die Gewebe des menschlichen Körpers und ihre microscopische Untersuchung. (Braunschweig. 1891. Harald Bruhn.)

Die Erwartungen, die der erste, die microscopische Technik behandelnde Band dieses Handbuches geweckt, hat die nunmehr erschienene erste Abtheilung des zweiten Bandes in vollem Maasse erfüllt. Diese Abtheilung enthält die allgemeine Histologie, deren originelle, wohl in keiner der so

zahlreichen Handbüchern wieder zu findende Behandlung, das Werk zu einem der besten Handbücher dieses Faches macht. Ja wir können es in gewisser Hinsicht als — eine wesentliche Lücke erfüllendes Werk betrachten, da wir in keiner der neueren und auch älteren Histologien, die chemischen Eigenschaften der Gewebe so ausführlich behandelt finden, wie hier. Dass der chemische Theil mit demselben Sachverständniss und Gründlichkeit behandelt ist wie der histologische Theil, dafür bürgen ja schon die Namen der als Forscher rühmlichst bekannten Verfasser.

Besonders hervorheben möchten wir an dieser Stelle das 6. Kapitel des Buches, welches uns Neurologen in erster Reihe interessirt, da es die Morphologie des Nervengewebes enthält, wo der Verfasser besonders Gelegenheit hatte, die Ergebnisse seiner zahlreichen Forschungen wiederzugeben, besonders was die Structur der markhaltigen Nervenfaser betrifft.

Die zahlreichen, äusserst gelungenen Abbildungen und die schöne Ausstattung des Buches — (wie alle Werke der Bruhn'schen Verlagshandlung) — werden gewiss dazu beitragen, dem Werke eine recht grosse Verbreitung zu sichern. Schaffer.

60) **Pierre Marie**: Leçons sur les maladies de la moelle. (Paris. G. Masson 1892. pg. 504.)

Ein Buch aus der Schule des Altmeisters Charcot mit Pierre Marie als Verfasser! Schon diese beiden Namen bürgen für den Werth des Werks. Und unsere Erwartungen werden wahrlich nicht getäuscht. Es fällt dem Recensenten sogar schwer, mit dem Lob zu beginnen; so zahlreich sind die Vorzüge, die einander den Rang streitig machen. Jedes Kapitel zeugt davon, dass uns diesmal keine der leider so häufigen Schreibtischarbeiten vorliegt, sondern dass das Buch einen Verfasser hat, der durch langjähriges Studium sich mit dem zu behandelnden Stoff innig vertraut gemacht hat. Wohl am meisten merkt man dies an jenen Stellen, wo Marie, es verschmähend, den Leser, eingerosteten Theorien zu Liebe, an dunklen Gebieten heimlich vorbeizuführen, freimüthig die Lücken unseres Wissens und die Unzulänglichkeit der vorhandenen Schemata bekennt.

Aus der gleichen wahren Vertiefung in die Materie entspringt die lebendige und selten vollständige Schilderung der klinischen Krankheitserscheinungen.

Zum Belege dieses sei nur angeführt, dass die Darstellung der Symptome bei Tabes dorsualis allein den Raum von 148 Seiten einnimmt, wobei hervorgehoben werden muss, dass die Sprache anziehend, flüssig und frei von Wiederholungen ist.

Als eine Art Einleitung in die Anatomie des Nervensystems finden wir eine sehr interessante, eingehende Abhandlung über die secundären Degenerationen der verschiedenen Fasersysteme des Rückenmarks und seiner Wurzeln. Weiterhin werden geschildert der Tabes dorsal spasmodique, die Sclérose en plaques, die Tabes dorsualis, die Maladie de Friedreich, die Scléroses combinées, die Paralysie spinale infantile und aiguë de l'adulte und die Sclérose amyotrophique. Alle Kapitel sind in der Form von Vorlesungen gehalten; absichtlich vermieden wurden breitere Auseinandersetzungen über pathologische Physiologie, z. B. die Ataxie bei Tabes. Zur

Erläuterung dient eine grosse Anzahl vorzüglicher Abbildungen, die den reichen Sammlungen der Salpétrière entlehnt sind.

Auf eine Schilderung von Einzelheiten muss ich verzichten, da es über die Aufgabe eines kurzen Referates hinausgehen würde; ebenso auf eine Besprechung derjenigen Punkte, in denen die französische Schule von den in Deutschland üblichen Ansichten abweicht. Ich kann da nur die Lectüre des Buches warm empfehlen, sowohl dem Fachmann als dem angehenden Neurologen; beide werden ihre Rechnung finden.

Zum Schluss muss aber noch hervorgehoben werden, dass das Buch leider nur eine Auswahl von Rückenmarkskrankheiten (s. o.) behandelt; viel Wichtiges vermissen wir. Hoffentlich bescheert uns Herr Marie im kommenden Jahr als Ergänzung einen zweiten Band, der sich dem ersten würdig an die Seite stellt.

Johannes Müller, Würzburg.

61) Dr. **H. Sachs**: Das Hemisphärenmark des menschlichen Grosshirns. I. Der Hinterhauptslappen.

(Verlag von G. Thieme, Leipzig 1892.)

Vorliegende ist die erste einer Anzahl von Arbeiten über das Gehirn und seine Functionen, welche uns aus der psychiatrischen Klinik zu Breslau angekündigt werden. Wernicke begrüsst im Vorwort diesen Anfang als einen vielversprechenden, inhaltlich wie formell gleich hochstehenden. Nach diesen lobenden Worten des berühmten Autors bedarf es keiner weiteren Empfehlung. In ein noch recht dunkles Gebiet, das Hemisphärenmark, hat der Verfasser Licht gebracht und uns damit nicht nur anatomisch, sondern auch physiologisch und psychologisch eine weite Perspective eröffnet. Ein eingehendes Studium der Arbeit ist wegen der nicht leicht zu verstehenden räumlichen Verhältnisse unbedingt nöthig, das Referat soll nur die Hauptsache wiedergeben.

Verf. benutzt 3 Untersuchungsmethoden: die Abfaserung, Untersuchung der Schnittfläche gehärteter Gehirne und die Pal'sche Färbung. Besonders mittels der letzteren hat er Faserzüge unterscheiden können, welche in Folge verschieden starken Kalibers der Fasern hellere oder dunklere Färbung annahmen.

Die innerste Schicht, welche mantelartig das Hinterhorn umgiebt, bilden die von allen Seiten der Rinde herkommenden Fasern des Forceps corporis callosi (Balken- oder Commissurenfasern, die in Folge starken Kalibers dunklere Färbung annehmen). Diese umgiebt das Stratum sagittale internum (die Projectionsfasern, dünnes Kaliber). Die 3. Schicht bildet das Stratum sagittale externum (lange Associationsfaserbahn zwischen Hinterhaupts- und Schläfelappen, dickes Kaliber). Der Hauptantheil dieser 3 Schichten liegt, in Folge tiefen Einschneidens des Calcar avis an der medialen Fläche, lateral vom Hinterhorn. Weiter nach aussen kommt als 4. Schicht das strat. proprium corticis, welches sich zusammensetzt aus den strata propria der einzelnen Furchen und dem strat. verticale convexitatis, welches ein oder mehrere gyri überspringend die Associationsbahn der convexen Hinterhauptsfläche darstellt. Das Strat. cunei transversum bildet eine Verbindung des Cuneus mit den gyri der Convexität. Ausserdem

finden noch zwei Bündel Erwähnung, die nicht mehr zum Hinterhauptslappen gehören: 1. Der Fasciculus arcuatus, er entspricht im Schläfenlappen dem strat. verticale convexitatis des Hinterhauptslappens, bildet also eine Associationsbahn zwischen dem unteren und oberen Theil der Aussenfläche des Schläfelappens. 2. Cingulum mit ähnlichem Verlaufe an der Innenfläche der Hemisphäre.

Verf. constatirt, dass die zum Forceps, wie überhaupt zum Balken tretenden Fasern, sich nie direct aussen an denselben anlegen, sondern ihn eine Strecke weit durchsetzen und erst dann in die sagittale Richtung umbiegen. Auf diese Weise entsteht ein unentwirrbarer Filz, und der Nachweis, dass der Forceps eine Commissur beider Hinterhauptslappen bilde, wird dadurch unmöglich. Auch glaubt Verf. in Folge dieser anatomischen Verhältnisse, entsprechend der Ansicht Schnopfhagen's, dass der Balken überhaupt nicht ohne Weiteres als Commissur symmetrischer Hemisphärentheile aufzufassen ist, sondern dass er ein Associationsfaserlager darstellt, durch welches die Verbindung zwischen örtlich und functionell ganz verschiedenen Abschnitten beider Hemisphären hergestellt wird. (Ref. kann diese Ansicht durch folgenden Befund bestätigen: Bei der microscopischen Untersuchung eines Affengehirns, dem die Extremitätenregion einseitig exstirpirt war, konnte man bei Behandlung mit der Marchi'scheu Methode von Frontalschnitten degenerirte Fasern verfolgen, welche nach Durchsetzung des Balkens strahlenförmig nach allen Seiten auseinandergingen und zum Theil auch nach unten umbogen, also sicher auch zu Rindenstellen zogen, welche den exstirpirten nicht symmetrisch waren.)

Ein Beispiel möge noch illustriren, welche Bedeutung die genaue Kenntniss des Faserverlaufs im Hemisphärenmark hat: Die hintere Ausbuchtung der fiss. Sylv. verdünnt, wie Verf. constatirt, in erheblichem Maasse das strat. vertic. convex., so dass hier das strat. sagit. extern. ziemlich nahe der Oberfläche zu liegen kommt. Ein oberflächlicher Erweichungsüerd dieser Stelle wird das strat. sagit. extern. noch treffen und so die Verbindung zwischen Hinterhaupts- (Sehcentrum) und Schläfelappen (Hörcentrum) zerstören und hierdurch optische Aphasie hervorrufen. Geht der Herd ein wenig tiefer, wird er in Folge Zerstörung des strat. sagit. int. Hemianopsie erzeugen.

Neben dieser Bereicherung unserer topischen Diagnostik durch die Kenntniss anatomischer Verhältnisse giebt uns die Arbeit mehrere interessante Antworten auf physiologische und psychologische Fragen. Die Wiedergabe derselben würde im Ref. zu weit führen.

Lehmann (Werneck).

62) **J. L. A. Koch** (Zwiefalten): Die psychopathischen Minderwerthigkeiten. Zweite Abtheilung. Die gemischten psychopathischen Minderwerthigkeiten. — Die erworbenen psychopathischen Minderwerthigkeiten.
(Ravensburg, O. Maier, 1892, p. 169—337.)

Koch's Untersuchungen über Minderwerthigkeiten liegen leider noch immer nicht in abgeschlossener Form vor; das vorliegende Heft schliesst die Behandlung der ersten von den zwei Klassen, die Koch aufstellt — andauernde und flüchtige Minderwerthigkeiten — mit einer Dar-

stellung der gemischten und der erworbenen andauernden Minderwerthigkeiten. Die Untersuchungen zeichnen sich, wie ihre Vorläufe, durch klare natürliche Gruppirung des Stoffs, präcise Schilderung der Einzelformen und hohe Anschaulichkeit aus. Die Auffassung der Thatsachen ist durchaus originell und selbstständig. In einem Anhang setzt sich Koch mit den verschiedenen Degenerationstheorieen, besonders der Lombroso's, auseinander. Ich hätte diesen Ausführungen, wie denen des ganzen Buches, nur noch eins zu wünschen; sie könnten ausführlicher sein. Schritt für Schritt berührt Koch neben neuen Thatsachen neue Probleme, und das macht eine eingehendere Schilderung und Discussion oft wünschenswerth.

Wie bei Behandlung der angeborenen, so giebt Koch bei der der erworbenen Minderwerthigkeiten eine Eintheilung in Disposition, Belastung und Degeneration. Die erworbene Degeneration wird in dem vorliegenden Hefte nicht mehr behandelt, es lässt sich über die einschlägigen Anschauungen Koch's nur aus dem „Anhang" (p. 331) entnehmen, dass K.*) unter Degenerationen versteht „die angeborenen oder erworbenen psychopathischen Minderwerthigkeiten, deren Träger mit einer auf dem intellectuellen oder auf dem ethischen Gebiet oder auf beiden Gebieten gelegenen habituellen Schwäche behaftet sind", und dass er besonders die Minderwerthigkeiten der Alcoholisten zur Degeneration rechnet (p. 261). K. präcisirt nun die ernsten Bedenken, die sowohl der Morel'schen wie der Lombroso'schen Degenerationstheorie entgegenstehen und es scheint ihm vielleicht die Zeit zur Aufstellung einer umfassenden Degenerationstheorie noch nicht gekommen. Man wird ihm in dieser resignirten Stellungnahme gerade heute beipflichten müssen, wo die Biologie uns so deutlich gezeigt hat, dass wir nichts von der Vererbung von erworbenen Eigenschaften, so gut wie nichts von den Entstehungsgesetzen angeborener Varietäten wissen, nicht einmal im Gebiete des normalen, nicht pathologischen Lebens, geschweige denn von den Vererbungsgesetzen pathologischer oder degenerativer Charactere.

Die Detailarbeit, die der Bearbeitung solcher Probleme vorausgehen muss, ist in Koch's vorliegendem Werke sehr erheblich gefördert; vielleicht entschliesst der Autor sich, wenn er eine neue erweiterte Auflage herausgiebt, neben die Analyse minderwerthiger Individuen auch die zusammenhängende Darstellung minderwerthiger Familien zu stellen; Anläufe dazu sind in der vorliegenden Publication eingestreut zu finden; es ist aber gerade das Eingehen auf den Generationsprocess, auf die durch Keimzellendisposition und foetale Entwicklung bedingten Abweichungen, was zu einer Degenerationstheorie führen muss; desshalb wäre es auch vielleicht gut, degenerativ nur solche Minderwerthigkeiten zu nennen, die ihre Wurzel im Generationsprocess haben, und desshalb rein erworbene Anomalien überhaupt nicht unter die Degenerationen zu rechnen. Koch selbst hält es für angezeigt, „dass man die angeborenen und die erworbenen psychopathischen Minderwerthigkeiten strenger auseinanderhalte", als man für gewöhnlich angeborene und erworbene Demenz auseinanderhält.

Für das „Wie" der Erwerbung andauernder Minderwerthigkeiten betont K. die grössere Bedeutung affectiver Ueberbeanspruchung, chronischer

*) Man vergl. auch den entspr. Passus auf p. 110 des ersten Theils.

Affecte gegenüber intellectuellen Ueberanstrengungen, ferner unmittelbar körperliche Erschöpfung, körperliche Entbehrungen und Infectionskrankheiten, Missbrauch von Reiz- und Genussmitteln, besonders von Alcohol; öfter wirken mehrere dieser Umstände gleichzeitig.

Solche Umstände können sich verknüpfen mit Erscheinungen angeborener Anomalie und so entsteht eine „gemischte Minderwerthigkeit“ in Form eines einheitlichen Bildes, während in einer anderen Reihe von Fällen Züge erworbener Anomalie unter Characteren einer vorausgegangenen Minderwerthigkeit nur unterlaufen; immer werden die Zustände erworbener Minderwerthigkeit mit dem, was vorher vorhanden war, contrastiren. Eingehend setzt K. auseinander, dass die Beard'sche Neurasthenie theils Fälle umfasst, die zu den erworbenen psychopathischen Belastungen, theils solche, die zu den angeborenen Belastungen gehören.

Den grössten Theil des vorliegenden Hefts bildet die Darstellung der erworbenen Belastungen, die in idiopathische, constitutionell beeinflusste und constitutionelle zerfallen; als idiopathische Belastungen werden Zustände pathologischer Ermüdung bis Erschöpfung und pathologischen Angegriffenseins bezeichnet; sind derartige Zustände gefärbt oder modificirt durch bestimmte constitutionelle Schädigungen, so tritt das Bild der constitutionell beeinflussten Belastungen hervor, während als „constitutionelle Belastungen“ habituelle, nie völlig heilbare Leiden bezeichnet werden, die nie eine habituelle intellectuelle oder ethische Schwäche mit sich führen. Als specielle Formen dieser Belastungs-Species schildert K. die hypochondrische und hysterische, während als specielle Formen der constitutionell beeinflussten Belastung die morphinistischen, coffeïnistischen, ferner die durch nasale Störungen, Hirnhyperaemie, Unfälle, Masturbation, Pubertäts-Entwicklung und Gravidität beeinflussten Belastungen eingehend geschildert werden; auch die Strafhaft ist K. diesen belastenden Factoren zuzurechnen geneigt.

Man sieht, dass man sich hier einer subtilen Eintheilung und originellen Terminologie gegenüber befindet, die übrigens nicht nur den Vorzug hat, zutreffend, sondern auch den, nicht griechisch zu sein. Non graeca sunt, legantur! Kurella.

63) **Gilles de la Tourette** (Paris): Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie d'après l'enseignement de la Salpêtrière. I. Band: Hystérie normale ou interparoxystique.

(Paris. E. Plon, Nourrit et Cie. 582, p. 8°.)

Unter dem Titel „Hystérie normale“ behandelt dieser erste Band eines grossangelegten Werkes alles, was sich von der Hysterie im Sinne der Charcot'schen Lehre sagen lässt, mit Ausnahme des hysterischen Anfalls, er bringt quasi eine Statik der Hysterie, die Dynamik steht noch aus.

Charcot bezeugt in einem Vorwort seinem geistvollen durch eigene Untersuchungen über Thatsachen der Hysterie rühmlich bekannten Schüler, dass das Buch gewissermassen unter seiner directen Leitung verfasst ist und so treu wie möglich seine Lehre und seine Arbeiten wie die seiner Schule reproducirt, ja, dass der Verfasser manches sagt, was Charcot wohl gedacht, nicht aber geäussert zu haben sich erinnert.

Wer der Entwicklung der Charcot'schen Hysterie-Theorie in den letzten 15 Jahren gefolgt ist, wird mit Genuss in Gilles de la Tourette's Buch eine Codification aller dieser Einzeluntersuchungen finden, in der die Fülle der Beobachtungen durch die Einheitlichkeit und Geschlossenheit der Darstellung nur noch um so überwältigender wirkt. Diese Zusammenfassung genügt einem dringenden Bedürfniss, das Neurologen ebenso lebhaft empfunden haben, wie Psychiater, zumal in Deutschland, wo die Publicationen der Salpêtrière bei ihrer Zerstreuung auf zahllose Zeitschriften nur schwer zusammenzubringen sind. Hoffentlich wird es bald keinen Arzt, der sich mit Nervenkrankheiten aus irgend einem Grunde beschäftigt, mehr geben, der dies Buch nicht kennt und immer wieder zu Rathe zieht; die elegante, klare und fesselnde Darstellung des Verfassers kann den Genuss dieser Lectüre nur steigern.

Nach dem Erscheinen des zweiten Bandes soll hier der Versuch gemacht werden, die Grundzüge der Charcot'schen Lehre darzustellen und besonders auch die darin gegebene erschöpfende Darstellung von der degenerativen Natur der Hysterie zu discutiren.

Kurella.

64) **v. Schrenck-Notzing** (München): Die Suggestionstherapie bei krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindung.

(Stuttgart. F. Enke. 314 u. XIV S. 8°. Preis 8 Mark.)

Sehr ausführliche und gründliche casuistische Behandlung fast aller Formen sexueller Anomalieen, im Ganzen 70 Fälle, darunter 24 eigene Beobachtungen des Verfassers, die zum Theil mit subtiler Kleinmalerei dargestellt werden, die übrigen meist von van Renterghen, v. Krafft, Moll, Forel, Liébault und Bernheim untersucht, zumeist auch schon publicirt; Fälle von Fetischismus fehlen in dieser Casuistik ganz, die Casuistik beschränkt sich auf Masturbation, von S. zur „sexuellen Hyperaesthesie" gerechnet (20 Fälle), Impotenz (18 Fälle), psychische Hermaphrodisie (7 Fälle), conträre Sexualempfindung (20 Fälle) und Masochismus-Sadismus (5 Fälle).

Das vorliegende Buch zeigt, dass unsere Zeit das Bedürfniss empfindet, die Criminalpsychologie durch eine Psychologie des Lasters zu vervollständigen. Gewiss ist das ein Problem, das der Aufstellung und Lösung werth ist. In seiner Theorie dieser Erscheinungen neigt der Autor dazu, die sexuellen Triebanomalieen nicht als Folgen abnormer Triebdispositionen, sondern als Producte accidenteller Einwirkungen zu erklären, bedingt durch feste Associationen der Triebimpulse zur Zeit ihres ersten Auftretens mit Objecten resp. Vorstellungen von Objecten, Personen gleichen Geschlechts, Fuss oder Schuh des anderen Geschlechts, Kleidungsstücke, Anblick von Blut oder selbstgesetzten Verwundungen), die eine normale Befriedigung des Triebs nicht zulassen.

Diese associative Genese solcher Dinge, im Gegensatz zur Annahme einer primären Triebs- oder Gefühls-Perversion, sucht er ferner ex juvantibus zu deduciren. Er zählt die von ihm und Anderen durch Wort- oder Hypno-Suggestion „geheilten" Fälle auf und erklärt die Heilung durch Spreng-

ung der abnormen Associationsrelationen; da ja eine congenitale Disposition nicht fortzusuggeriren wäre. Wie weit man dies Argument ex juvantibus wird gelten lassen wollen, wird davon abhängen, welche Zuversicht man zu den bisher in solchen Fällen erreichten Heilungen hat; hier muss man v. Schrenck's Casuistik im Einzelnen prüfen, das Resultat einer solchen Prüfung wird aber wieder von subjectiven Dispositionen des Lesers abhängen.

Tabellarisch lassen sich die Suggestions-Erfolge so zusammenfassen:

Geheilt	Onanismus (20 Fälle)	Impotenz	Algolagnie	Conträre Sexualempfindung
mit späterer Nachricht	65%	56%	20%	33%
ohne spätere Nachricht	25 „	6 „		8 „
„vollständig" gebessert	5 „		20 „	40 „
vorübergehend „	5 „	11 „		14 „
gänzlicher Misserfolg	5 „	27 „	60 „	5 „

Neben der Suggestion oder vielmehr Wegsuggerirung erklärt Verf. die Gewöhnung an normalen Geschleshtsverkehr für unerlässlich; dabei soll die Phantasie des Patienten allmählich anspruchsfähiger und erregbarer für weibliche Reize werden. Man kann nur wünschen, dass es in gleicher Weise gelingen möge, Alcoholisten unempfänglicher für ihre Lieblingssorte und erregbarer für die Reize des Wassertrinkens zu machen.

In seiner, auf dies Argument aus den therapeutischen Erfolgen begründeten, associativen Theorie scheint v. S. zu übersehen, dass die von ihm angenommene, widernatürliche, feste Verknüpfung sexueller Regungen mit inadaequaten Vorstellungen auch schon eine Disposition zu atypischen Associationen, also eine abweichende Structur des associativen Apparates voraussetzt und damit eine Atypie im Bau des Centralorgans; mag die Entwicklung sexueller Monstrosität auch an eine erste abnorme Berührungs-Association gebunden sein, dass diese erste Association zu Stande kommen konnte, ist etwas abnormes; der Mensch ist so organisirt, dass sexuelle Regungen an die Einwirkung des anderen Geschlechts gebunden sind und schon eine einmalige Abweichung von diesem Grundphänomen setzt eine abweichende Organisation voraus. Uebrigens weist Sch. selbst darauf hin, dass heutzutage prostituirte Weiber und Strafgefangene zuerst und zumeist auf den Einfall kommen, im anus ein Surrogat der vulva zu suchen und somit stammt die Entdeckung des Verfahrens aus einem degenerirten Medium; zur Beleuchtung der weiteren Frage, wie weit eine durch sexuelle Erschöpfung erworbene Unerregbarkeit des Geschlechtstriebs Ursache für Aufsuchen ungewöhnlicher Reize werden kann, enthält die Casuistik des Buches reiches Material, wie es denn das die Neige des Jahrhunderts characterisirende Interesse an der Symptomatologie der Verkommenheit in hohem Maasse zu befriedigen geeignet ist. Kurella.

65) **Zeitschrift für Hypnotismus**, Suggestionstherapie, Suggestionslehre und verwandte psychologische Forschungen. Redigirt von Dr. **Grossmann**, Konitz, Westpreussen. Probeheft.

(I. Jahrgang. Berlin 1892. Hermann Brieger.)

Was zu erwarten war, ist geschehen: Der Hypnotismus hat auch in Deutschland seine eigene Zeitschrift. Hoffen wir, dass nach dieser Mündig-

erklärung der geistige Zusammenhang mit der allgemeinen Psychiatrie und Psychologie nicht verloren geht. — Ref. steht auf dem Standpunkt, dass der Hypnotismus ein Bestandtheil der Psychiatrie sein und nur im Zusammenhang mit der übrigen Psychopathologie getrieben werden sollte. Wir stehen aber vor einer vollzogenen Thatsache und haben hier nur ein Probeheft zu besprechen. Dasselbe enthält: 1. Suggestionslehre und Wissenschaft (1. Theil) von Prof. August Forel, 2. Hypnotismus und Suggestionstherapie von Dr. A. A. Liébault, 3. Ueber den künstlich verlängerten Schlaf, besonders bei der Behandlung der Hysterie, Epilepsie und Hystero-Epilepsie von Dr. Otto Wetterstrand. — Referate über diese Arbeiten folgen später. Wir greifen heute nur einige Züge des Probeheftes heraus. Zunächst muss eine oppositionelle Wendung in den einleitenden Bemerkungen Forel's hervorgehoben werden. „Freilich finden die Feinde der neuen Lehre bequeme Waffen in den übereifrig exaltirten oder confusen, oft mystisch oder occultistisch angekränkelten Producten mancher unklarer oder unreifer Köpfe, welche bei ungenügender Erfahrung und mangelhaftem Verständniss sich übereilen, die weitgehendsten Theorieen und Folgerungen zu Tage zu fördern. Man weiss da oft nicht, ob man sich nicht mehr vor seinen Mitarbeitern als vor seinen Gegnern zu schützen hat.“ — Im Zusammenhang mit dieser principiellen Abschüttelung steht die von Forel geschriebene Kritik des Buches „Psychologie der Suggestion von H. Schmidkunz“, von welchem F. „vor allem eine ganz andere Vertiefung erwartet“ hätte. „Sch. neigt offenbar stark zum Spiritismus“. „Sch. vermengt sehr oft metaphysische und psycho-physiologische Fragen und bringt laienhafte Excurse dazwischen noch hinzu“. — Damit ist denn der erste unbequeme Mitarbeiter als Occultist abgeschüttelt. Wir vermuthen, dass noch mehrere folgen werden. Die Erklärung, dass ein anderer „Occultist“ sei, hat etwas ansteckendes. Es verhält sich damit wie mit dem Guillotiniren in der französischen Revolution. Auch die Gironde, obgleich sie zuerst eine brave Revolutionspartei war, musste bald bluten. Ich vermuthe, dass unter den Mitarbeitern selbst in einiger Zeit der Streit darüber entbrennen wird, wer zu den Occultisten gehört und wer nicht.

Referent würde in diesem Fall entschieden mit seiner Neigung auf Seite der noch weiterhin abgeschüttelten Occultisten sein, da er es für überflüssig hält, durch solche Worte anderen das Denken zu verbieten.

Wenden wir uns zu einem erfreulicheren Thema. In dem Bericht über den internationalen Congress für experimentelle Psychologie heisst es in einer ebenso geschmackvollen als wissenschaftlichen Weise: „Aber dieser Congress hatte ein eigenartiges Gepräge, welches angenehme Eindrücke hinterlässt, die man gern in der Erinnerung bewahrt, — und das Gepräge wurde geschaffen durch eine liebenswürdige Gastfreundschaft. Wer Freude daran hat, alte Bekannte wiederzusprechen und neue zu gewinnen, der hatte bei den reizend arrangirten Luncheons, Diners, Gartenpartieen und Thees vollauf Gelegenheit dazu. Der Einblick in das „Home“ vornehmer Engländer und die nähere Berührung mit Damen der besten Londoner Gesellschaft mögen manchem besonders interessant gewesen sein. Damen waren auch im Congress selber stets in grosser Anzahl vertreten; man könnte sagen, sie sind die eifrigsten Congressmitglieder gewesen. Das

Interesse der geistreichen Mrs. Stanley (früher Miss Tennant) für psychologische Dinge hatte auch ihren Gatten vermocht, häufig den Vorträgen zu lauschen. Minister Balfour war öfters in Begleitung seiner geistvollen Schwester, Mrs. Sigwick, erschienen." — Offen gestanden habe ich im ersten Augenblick beim Durchlesen dieser Zeilen gemeint, ein Feuilleton des Berliner Tageblattes vor mir zu haben. Es ist aber anders, — diese Stelle findet sich wirklich in einem Originalvereinsbericht über einen Congress für experimentelle Psychologie in einer „wissenschaftlichen" Zeitschrift für Hypnotismus.

Es weht so ein eigenthümlich familiär-vertraulicher Zug durch diese Zeilen. Zur Bekräftigung dieses Eindruckes finden wir unter den „kleinen Nachrichten vermischten Inhaltes" Folgendes: „Dr. Frhr. v. Schrenck-Notzing, der verdiente Vorkämpfer für den therapeutischen Hypnotismus in Deutschland, Secretär der Gesellschaft für psychologische Forschung (Section München) hat sich mit Frl. Gabriele Siegle, Tochter des Reichstagsabgeordneten Siegle in Stuttgart vermählt." — Was würden unsere Leser sagen, wenn wir ihnen berichten wollten: „Die Frau unseres verehrten Mitarbeiters Prof. Dr. H. wurde von einem gesunden Knaben entbunden?" — Solche Familiengeschichten gehören nicht in wissenschaftliche Zeitschriften. Oder gehört manchmal eine Vermählung zum wissenschaftlichen Avancement, wie etwa die Ernennung zum Oberarzt oder die Wahl zum correspondirenden Mitglied einer wissenschaftlichen Gesellschaft? — Offenbar im Zusammenhang mit dieser familiären Mittheilung an die Leser steht die vierte Seite des Umschlages, auf welcher sich eine die ganze Seite einnehmende grosse Reclame-Annonce der Firma M. Richter, Berlin W., Friedrichsstrasse 59/60, für Hausausstattung mit besonderer Rücksicht auf Gardinen, Möbelstoffe, Nickelkochgeschirre, Fensterleder und Schwämme etc. befindet. Wenn gleich die Verleger in der Aufnahme von Annoncen vom Redacteur meist unabhängig sind, so erscheint mir eine derartige Reclamewirthschaft bei einer „wissenschaftlichen" Zeitschrift unerhört. Bewundernswerth finde ich den psychologischen Instinct der Firma M. Richter. Berlin W., Friedrichsstrasse 59/60, welche ahnungsvoll die weite Verbreitung einer zum Theil so prickelnd geschriebenen Zeitschrift als interessante Eisenbahnlectüre vorausgesehen hat. — Leider haben eine Reihe von ernsthaften Männern ihren Namen als Herausgeber und Mitarbeiter zur Verfügung gestellt, ohne von dem familiär-hypnotischen Character dieses Probeheftes eine Vorahnung zu haben.

Wir unsererseits erlauben uns die höflichste Frage, ob der Hypnotismus eine Wissenschaft bleiben oder zum Aushängeschild einer Marktbude werden soll. Im Uebrigen möchte der Referent, um allen Missdeutungen dieser Besprechung vorzubeugen, versichern, dass alle ernsthaften Arbeiten dieser neuen Zeitschrift in unserem Centralblatt gebührend besprochen werden sollen, zweitens, dass er selbst ein practischer Anhänger der therapeutischen Verwerthung des Hypnotismus ist.

Sommer-Würzburg.

66) **Möbius:** Ueber neuere electrotherapeutische Arbeiten.
(Sonder-Abdruck aus Schmidt's Jahrbüchern der gesammten Mediciu, 237, p. 65.)

Der Streit über die Electrotherapie hat schon längst angefangen, von principieller Wichtigkeit für die Entwicklung unserer gesammten Medicin zu werden. Die Geister haben begonnen, sich zu scheiden. Mechanik und Psychologie sind die Loosungsworte. Möbius' skeptische Angriffe gegen die Electrotherapie oder besser gegen die ungenügende Fundirung dieser physikalischen Heilmethode bilden eigentlich den mehr oder weniger bewussten Zielpunkt fast aller neueren Arbeiten über diesen Gegenstand. Es ist interessant zu sehen, wie sich das Bild von Möbius' Bestrebungen in den verschiedenen Köpfen verzerrt. Einigen braven Mechanikern erscheint er dringend der Metaphysik verdächtig. Es ist erstaunlich, dass man ihn auf der Versammlung in Frankfurt nicht direct als philosophischen Mucker bezeichnet hat. Unterdessen hat Möbius seine Minirarbeiten vollendet und geht zum offenen Angriff über. Diese neue Kritik, deren genaueste Lectüre ich dringend empfehle, ist wirklich packend. Hier will ich nur den principiellen Standpunkt Möbius' kurz klarlegen. Lange vor den Streitschriften über die traumatische Neurose und über die Electrotherapie hat Möbius einen seiner Grundgedanken, nämlich den Einfluss von Vorstellungen auf den Körper im Gegensatz zu der rein mechanischen Medicin klar durchgeführt. (Ich verweise hier ganz besonders auf seine grundlegenden Sätze in dem Artikel über Hysterie.)*) Aber Möbius ist kein Dogmatiker, der nun etwa die ganze Medicin psychologisiren will, wie sie seit 50 Jahren mechanisirt worden ist, sondern für ihn ist der Zweifel der Vater der Wissenschaft (cfr. pg. 9). „Wenn die Aerzte mehr zweifelten und weniger handelten, so würden sie sich und ihren Kranken nützen." Möbius bekämpft die Electrotherapie nicht als solche, sondern kritisirt ihre schwache Begründung und den Selbstbetrug, in den man bei den „electrotherapeutischen Erfolgen" verfallen kann. So ist auch seine Stellung zum Hypnotismus keine dogmatische, als ob er nun für die mechanischen Heilmethoden lauter psychische einführen wollte, sondern er sieht in der Beschäftigung mit der Hypnotherapie nur ein Erziehungsmittel für den Arzt im Hinblick auf die lediglich mechanische Auffassung der meisten gegenwärtigen Aerzte. Es ist höchst wahrscheinlich, dass Möbius sich, wenn die hypnotische Therapie anfangen wird, sich einseitig und unwissenschaftlich zu zeigen, mit dem gleichen Skepticismus gegen diese wenden wird wie jetzt gegen die einseitig mechanische Betrachtungsweise. Vorläufig sind wir jedoch noch in der Gegenbewegung gegen diese letztere begriffen und Möbius kann uns mit seiner Lehre über Hysterie, traumatische Neurose, Electrotherapie, Hypnotismus als Bahnbrecher für die zum Theil schon vorhandene wissenschaftlich psychologische Richtung in der Medicin gelten.

Sommer-Würzburg.

67) Dr. **Konrad Alt** und Dr. **K. E. F. Schmidt:** Taschenbuch der Electrodiagnostik und Electrotherapie mit 60 Abbildungen und einer Tafel. (Halle a. S. Wilhelm Knapp. 1892. Preis 3 Mk.)

Wie die beiden Verfasser, von denen der erste ein Arzt, der zweite ein Physiker ist, in der Vorrede betonen, soll es Aufgabe des Buches sein, dem Leser in knapper, anschaulicher Form die Grundzüge der physikalischen

*) Cfr. dieses Centralblatt 1888, Nr. 3.)

Electricitätslehre vorzuführen und den Bau, sowie die Handhabung der gangbaren medicinisch-electrischen Apparate zu beschreiben, sodann die electrodiagnostischen Untersuchungsmethoden klar zu machen und die bei der Behandlung der einschlägigen Krankheitsformen bewährt gefundenen Applicationsmethoden übersichtlich darzustellen.

Der Physiker ist seiner Aufgabe in vollem Maasse gerecht geworden, weniger indessen der Arzt. — Theil I (S. 1—30) macht den Leser mit den Grundlehren der Electricität, soweit deren Kenntniss für den Practicus von Belang ist, bekannt. Theil II (S. 31—60) bringt eine Beschreibung der medicinisch-electrischen Apparate und ihrer Anwendung in der Praxis. Hierbei haben die Verfasser gut gethan, sich auf die wirklich guten, heutzutage gangbarsten Apparate zu beschränken. Unter anderem werden der bekannte stationäre Apparat von Eulenburg (aus der Firma Hirschmann-Berlin) und die Trommelinfluenzmaschine von Lewandowski (Firma Reininger etc., Erlangen) in ihren Einzelheiten in Wort und Bild vorgeführt, so dass es dem Arzte bei etwaigen Betriebsstörungen, deren Möglichkeiten aufgezählt werden, leicht ist, selbst die Ursache derselben aufzufinden.

Im III. Theile (S. 61 - 127) behandelt der medicinische Verfasser in der üblichen Weise die Electrophysiologie und die Electrodiagnostik. Ein Vorzug vor den übrigen Handbüchern besteht darin, dass der Autor hierbei sowohl, als in dem noch folgenden Kapitel über Electrotherapie auch die Franklinisation, freilich in etwas rudimentärer Form, in den Kreis seiner Betrachtung zieht.

Einige Bemerkungen über den die Electrotherapie behandelnden Abschnitt mögen erlaubt sein. — Ueber die Kataphorese denkt der Verfasser ziemlich pessimistisch und erwähnt hierbei nicht einmal die kataphorische Behandlung des Kropfes, die zweifelsohne einen prompten Erfolg aufzuweisen hat. — Bei der Application des electrischen Stromes betont der Verfasser mit Recht, dass ein ausreichendes und gut im Stande gehaltenes Instrumentarium eine conditio sine qua non ist und dass „gute Schulung, langjährige Uebung und reichliches Material“ erforderlich sind, um überhaupt Erfolge zu erzielen. — Was die Stromdosirung anbelangt, so hätten wir sehr gewünscht, dass der Verfasser sich wirklich als ein objectiver Kritiker, für den er sich ausgiebt, den homöopathischen Stromdosen gegenüber gezeigt hatte, er würde sonst nicht, ohne Erfahrungen über diese Methode zu besitzen, einfach den Stab über dieselbe gebrochen, sondern mindestens zur Nachprüfung gerathen haben. Wir möchten ihm doch dringend an's Herz legen, nicht mit Stromstärken von 8 M. A. und 8 Minuten Sitzungsdauer, wie er es vorschlägt, durch den Kopf zu operiren und wundern uns nicht, wenn er auf solche Weise bei functionellen Hirnerkrankungen Misserfolge erzielt und von einer directen Gehirnelectrisation Abstand zu nehmen räth. Ein schwacher Strom von 0,2 M. A. und 1 Minute Dauer ist erfahrungsgemäss ein vorzügliches Heilmittel gegen Schlaflosigkeit und lästigen Kopfdruck bei Neurasthenie, Hysterie und ähnlichen Neurosen.

Beim Kapitel über die Erkrankung der Sinnesorgane vermissen wir die Behandlung der Augenmuskellähmungen, bei dem der Unterleibsorgane die Behandlung der Myome, wie überhaupt das wichtige Kapitel der Electrolyse bei den Krankheiten nicht einmal Erwähnung gefunden hat.

Der Anhang bringt einen ganz kurzen Excurs über die Accumulatoren, Galvanocaustik und Beleuchtung.

Störend wirkt es auf den Leser ein, wenn er eine so grosse Menge Druckfehler, wie wohl selten, in einem Buche antrifft.

Indessen trotz der angeführten Mängel empfiehlt sich das Buch für den practischen Arzt und den Studenten.

Buschan-Stettin.

V. Zur Tagesgeschichte.

In der Berliner Abtheilung der „Gesellschaft für psychologische Forschung hielt am 26. November der bekannte Nervenarzt Dr. Albert Moll einen Vortrag „Ueber das Verhältniss Goethe's zu Lili unter psychosexualen Gesichtspunkten". Aus dem Gedichte „Lili's Park" und aus anderen Stellen soll sich ergeben, dass Goethe damals „passivistisch" liebte, d. h. in (hier wohl nur seelischer) Demüthigung und Erniedrigung gegenüber der Geliebten, seine Lust fand. Als nun Lili ihm offen ihre Gunst bezeigte, musste für den Dichter, der zurückgestossen werden wollte, jeder Reiz schwinden und so erklärt sich die bisher unverständlich gebliebene Trennung. Mit diesem Interpretationsversuche soll natürlich Goethen nicht der Character eines pathologischen Subjectes zugesprochen werden, denn bekanntlich finden sich solche Spuren von Masochismus vielfach und auch während kurzer Lebensperioden. Ueberhaupt aber hätten moralische Erwägungen nicht in die psychologische Analyse hineinzureden, wofern die letztere nur gelungen wäre.

Dessoir-Berlin.

Die Auslieferung der Epileptiker- und Idioten-Anstalten an die Geistlichkeit. — Es ist Zeit, dass die Psychiater geschlossen gegen diese drohende Gefahr Stellung nehmen. Wir werden dieses Thema bald ausführlich behandeln.

Sommer-Würzburg.

Nachtrag.

68) Für das in dem Originalaufsatz dieses Heftes angeschlagene Thema der auf- und absteigenden Degeneration scheint mir der Vortrag von Prof. Michel: „Ueber experimentelle Degeneration des Sehnerven" wichtig zu sein. (Cfr. Verhandl. des Ophthalm. Congresses in Heidelberg 1892.)

M. zieht aus den neueren anatomischen Forschungen über das Verhältniss von Nervenfasern und Nervenzellen die Consequenzen in Bezug auf die Beziehungen von Retina, Opticus, Tract. opt. und Lob. opticus.

V. geht besonders von der Thatsache aus, dass, wie Ramon y Cajal und van Gehuchten nachgewiesen haben, in dem Lobus opticus der Vögel zweierlei Nervenfasern vorkommen, solche, die centripetal und solche, die centrifugal verlaufen. „Ist aber die Voraussetzung eine richtige, dass zwei und zwar peripher und central gelegene Ernährungscentren für den Tractus

und Sehnerven bestehen, so kann unmöglich, wenn wir ein Auge entfernen, eine Degeneration aller Nervenfasern eintreten. Diese Folgerung fand nun M. bei Tauben, die bis 180 Tage nach einseitiger Enucleation am Leben geblieben waren, bestätigt. „In dem Sehnerven der enucleirten Seite und war vorzugsweise in dem der unteren Hälfte entsprechenden Theil fanden sich noch ziemlich zahlreiche markhaltige Nervenfasern; in dem Tractus der entgegengesetzten Seite zeigte sich entsprechend der ganzen Ausdehnung des Lob. opticus eine gleichmässige Atrophie mit Ausnahme eines schmalen Bündels an der medialen Seite, welche ebenfalls, entsprechend der ganzen Ausdehnung des Lobus, vollkommen normale Nervenfasern enthielt."

V. bringt hiermit andeutungsweise Engelmann's Untersuchungen in Verbindung, wonach in dem optischen Leitungsapparate eine Leitung sowohl in centripetaler als in centrifugaler Richtung erfolgt. — Jedenfalls sind nach diesen Experimenten die Acten über die Kreuzung der Fasern im Chiasma und ihr Ernährungscentrum revisionsbedürftig.

Die Redaction ist genöthigt, die folgende Controverse zur Kenntniss der Leser zu bringen:

Kurze Bemerkung

zu

Herrn Dr. Bach's kurzer Mittheilung: Ueber künstlich erzeugten Nystagmus horizontalis, einhergehend mit conjugirter Deviation.
(Dieses Centralblatt, XV. Jhrg., N. F. III, Bd. 1892, p. 436 ff.)

von

Dr. **Richard Geigel,**
Privatdocent der Medicin und 1. Arzt a. d. med. Klinik in Würzburg,

---

Die Beschreibung, die Hr. Bach von dem Symptomencomplex entwirft, den ich entdeckt habe, entspricht ganz und gar dem, was ich gelegentlich der Demonstration zweier an Friedreich's hereditärer Ataxie leidenden Kranken in der Phys. med. Gesellschaft zu Würzburg*) als neu zeigen konnte. Ich muss mich aber dagegen verwahren, dass ich das neue Phänomen als characteristisch resp. pathognomonisch für die hereditäre Ataxie angesehen habe. Solches habe ich, wie auch aus dem Abdruck meines Vortrags hervorgeht, niemals behauptet. Das konnte ich auch gar nicht, weil ich damals schon das Phänomen bei einigen anderweitig Nervenkranken beobachtet und mehreren Collegen demonstrirt hatte. Denn es waren damals meine Untersuchungen über das neue Phänomen noch in keiner Richtung abgeschlossen und desswegen hatte ich auch im Vortrag**) „auf eine Erklärung desselben für heute verzichtet" und mir „eine diesbezügliche Besprechung für eine spätere Sitzung vorbehalten". Nachdem nun dieser Vorbehalt zu meinem Bedauern nicht respectirt und durch Herrn Bach die Sache aus meinen Händen genommen wurde, wird man sich nicht wundern dürfen, wenn ich die Lust verloren habe, mich weiter damit zu beschäftigen.

---

*) Sitzungsberichte der Phys. med. Gesellschaft zu W., 1892, Nr. 6, p. 90 ff. (Sitzung vom 21. Juni 1892.)

**) Sitzungsberichte etc., p. 91.

Erwiderung

auf vorstehende kurze Bemerkung des Herrn Dr. Richard Geigel

von

Dr. **Ludwig Bach.**

Bevor Herr Geigel seine Entdeckung in der Würzburger physikalisch medicinischen Gesellschaft demonstrirte, kannte ich die Versuche und Publicationen von J. Breuer[1]) und A. Kreidl[2]), in welchen zum mindesten das Meiste, was Herr Geigel hier als „neu" angiebt, schon enthalten ist. Dass ich mir die Entdeckung dieses Symptomencomplexes aneignen wollte, kann man desshalb nicht annehmen, da in meiner Mittheilung sich der Passus befindet, dass „fast ganz der gleiche Symptomencomplex vor circa 2 Jahren von Mendel und in jüngster Zeit von R. Geigel als characteristisch resp. pathognomonisch für die eben erwähnte Erkrankung (Friedreich's hereditäre Ataxie) aufgefasst wurde". Möchte nun Herr Geigel das Wörtchen „fast" durch „ganz und gar", was ich damals noch nicht behaupten konnte, ersetzt wissen, so acceptire ich dankbar, denn meine Absicht ist, zu beweisen, dass auch bei Gesunden ganz und gar derselbe Symptomencomplex sich erzeugen lässt, dass er nicht mit hereditärer Ataxie oder einer anderen Nervenerkrankung in näheren Zusammenhang gebracht werden kann. Der Separatabdruck aus den Sitzungsberichten der Würzb. phys. med. Ges.[3]) über Herrn Geigel's Vortrag trägt die Ueberschrift: „Ueber Friedreich's hereditäre Ataxie". Es ist einmal nur davon und von keiner anderen Nervenerkrankung die Rede; ausdrücklich bemerkt ist: „Gesunde zeigen dieses Phänomen nicht", es heisst nicht etwa: „An Gesunden konnte ich bis jetzt dieses Phänomen nicht nachweisen", — auch ist ein Vorbehalt in dieser Hinsicht nicht gemacht.

---

[1]) J. Breuer: Ueber die Function der Otolithen-Apparate. Pflüger's Archiv für Physiologie, XL, VIII, 1891.

[2]) Kreidl A.: Beiträge zur Physiologie des Ohrlabyrinthes auf Grund von Versuchen an Taubstummen. Arch. f. d. ges. Physiol., Bd. 51, S. 119.

[3]) Sitzungsberichte der Würzburger phys. med. Gesellschaft 1892.

Auch das Februarheft wird erweitert.

Die Redaktion.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XVI. Jahrgang. 1893 Februar. Neue Folge III. Band.

I. Originalien.

Zwei Fälle von angeborener Augenmuskellähmung:*)

1. Ophthalmoplegia congenita bilateralis externa mit Störungen im Gebiete des Nervus facialis und Anomalien des Gesichtsskelettes.
2. Angeborene Ptosis mit Epicanthus und Blepharophimosis.

Von Dr. L. Bach,

(Aus der Kgl. Universitätsaugenklinik Würzburg.)

Januar 1892 kam in die hiesige Universitätsaugenklinik der 27jährige Oeconom Wilhelm Leuchs aus Lichtenau in Mittelfranken mit den Erscheinungen einer Conjunctivitis catarrhalis subacuta und stellte zugleich die Anfrage, ob sich nicht gegen das Herabhängen seiner oberen Augenlider irgend etwas machen liesse.

Die nähere Untersuchung ergab folgende Verhältnisse: Doppelseitige angeborene unvollständige Ptosis, und zwar hängen die Oberlider wie schlaffe Segel herunter, es ist kaum eine Faltenbildung daran zu erkennen, die physiologische Tarso-Orbitalfalte ist vollständig verstrichen. Die Lidspalte ist in ihrer Mitte rechts 6 mm hoch, links 5 mm hoch, die Pupille wird links zur Hälfte, rechts in ihrem oberen Drittel von dem herabhängenden Oberlide bedeckt.

Der Musculus frontalis und corrugator supercilii sind contrahirt und zwar links entsprechend der etwas mehr ausgesprochenen Ptosis stärker, woraus ein geringes Höherstehen der linken Augenbrauen resultirt. Für gewöhnlich nimmt der Patient eine etwas nach hinten geneigte Kopfhaltung an. Bei der Aufforderung, die Augen möglichst weit zu öffnen, tritt eine noch stärkere Contraction der genannten Muskeln, sowie eine stärkere Neigung des Kopfes nach hinten ein. Die Lidspalte kann vollständig geschlossen

*) Bei der Redaction eingegangen 1. August 1892.

werden; die horizontale Ausbreitung derselben beträgt beiderseits 23 mm. Es besteht ein minimaler Grad von Strabismus divergens des rechten Auges. Die Beweglichkeit sowie die Reflexempfindlichkeit der Pupille direct und consensuell sind normal. Die Prüfung der Bewegungsfähigkeit der Bulbi ergiebt eine auffallende Beschränkung sowohl in den vier Cardinalrichtungen als auch in den Zwischenstellungen. Die genaueren Maasse der Excursionsfähigkeiten sind folgende: Rechts: beim Blick nach oben und unten ca. 1 mm; nach aussen $1^1/_2$ mm, nach innen kaum 1 mm. Bei der Convergenz eine kaum nennenswerthe Bewegung nach innen, eine solche nach unten von $1^1/_2$ mm.

Links nahezu die gleichen Verhältnisse, nur ist die Bewegung nach innen etwas ausgiebiger, nach aussen umgekehrt. Die Convergenzbewegung erfolgt in normaler Weise in einer Excursion von 2 mm. Monoculare oder binoculare Prüfung ergiebt dabei keine Unterschiede. Nach oben und unten sind die Bewegungen beider Bulbi synchronisch und synergisch, synchronisch auch nach den übrigen Richtungen. Es besteht weder für gewöhnlich Nystagmus noch gehen die geforderten Bewegungen nystagmusartig vor sich. Erzeugen jedoch lässt sich Nystagmus horizontalis dadurch, dass man den Patienten auffordert, sich einige Male oder bis zu leichtem Schwindelanfall um seine verticale Achse zu drehen, es erfolgt dann Nystagmus horizontalis und zwar in der Weise, dass die erste Zuckung nach links erfolgt, falls der Patient rechts herumgedreht wurde und umgekehrt erste Zuckung nach rechts, falls der Patient nach links herumgedreht wurde.

Ausserdem tritt eine geringe conjugirte Deviation nach der Richtung ein, in welcher der Patient sich dreht. — Doppelbilder hat der Patient Leuchs nie bemerkt; doch gelang es nach öfterer Prüfung, Doppelbilder nachzuweisen und zwar im Sinne eines Beweglichkeitsdefectes des Rectus internus und des Rectus superior des rechten Auges. Die Sehschärfe beträgt rechts $^6/_{24}$, links $<$ als $^6/_9$; dabei besteht rechts ein geringer hypermetropischer Astigmatismus, links eine Myopie von 0,75 D. Binocular wird Jäger I in 12 cm, monocular links in 13 cm, rechts Jäger III in 12 cm gelesen. — Die Prüfung der Farbenperception, des Gesichtsfeldes und des Lichtsinnes ergiebt normale Verhältnisse. Ophthalmoscopisch zeigt sich beiderseits eine physiologische Excavation, längsovale Pupille, Venenpuls, sonst normale Verhältnisse des Augenhintergrundes.

Die Anamnese ergiebt folgendes Erwähnenswerthe: Patient will früher immer gesund gewesen sein. Zu beachten erscheint mir seine Angabe, dass ihm das Lernen stets sehr schwer gefallen sei. Sein Vater ist 65 Jahre alt und noch rüstig, die Mutter starb angeblich in Folge eines Unterschenkelgeschwüres; neun Geschwister leben und sind gesund, eine Schwester starb im Alter von 3 Jahren an Diphtheritis. Derselbe oder ein ähnlicher Augenfehler ist in der Familie nicht beobachtet worden. Der Vater ist weder Potator noch starker Raucher. Blutsverwandt waren die Eltern nicht. Das Leiden ist bald nach der Geburt bemerkt worden.

Privatdocent Dr. Sommer, dem der Kranke zur neurologischen Untersuchung zugesandt wurde, sandte folgenden Bericht: „Ausser den Innervationsstörungen im Gebiet der äusseren Augenmuskeln beiderseits lässt sich bei L. eine Lähmung oder Parese nirgends nachweisen. Trotzdem muss der Innervations-

zustand im Facialisgebiet beiderseits entschieden als abnorm bezeichnet werden. Abgesehen von dem Hochziehen der Augenbrauen, welches als Compensationsbewegung bei der doppelseitigen Ptosis aufzufassen ist, zeigt das untere Facialisgebiet etwas eigenthümlich Unbewegliches, Maskenhaftes, was den wegen des Niederhängens der beiden Augenlider so schon wenig intelligenten Gesichtsausdruck fast idiotenhaft macht. Es fehlt dem Manne völlig das „Mienenspiel" der normalen Menschen. Auch beim Sprechen werden die Lippen ganz träge und ungenügend innervirt, so dass die Sprache verwaschen, „nuschlig" erscheint. Dabei ist jedoch eine eigentliche Parese nicht zu constatiren, die electrischen Reactionen sind normal. Zu dieser auffallenden Schlaffheit der Gesichtsinnervation gesellen sich später zu erwähnende morphologische Abnormitäten des Gesichtsskelettes.

Auch an der Kaumuskulatur ist keine bestimmte Parese nachzuweisen. Der Mann giebt jedoch mit Bestimmtheit an, dass er sehr leicht ermüdet und harte Gegenstände, z. B. Nüsse, durchaus nicht beissen kann. Ferner giebt er wiederholt an, dass er nur kleine Speisestückchen verschlucken kann, dass ihm grössere Speiseballen leicht stecken bleiben. Ob hier leichte Innervationsstörungen vorliegen oder ob das mit der gleich zu erwähnenden abnormen Kleinheit des Gaumens zusammenhängt, bleibt unentschieden. Die Zunge, welche keine Abweichung nach einer Seite beim Herausstrecken zeigt, ist abnorm klein und kurz, so dass sie nur bis zum Rande der Oberlippe herausgestreckt werden kann.

Die ganze Körpermuskulatur ist sehr schwach entwickelt, am auffallendsten ist die starke Atrophie an beiden Oberarmen, besonders lassen die sehr schwach entwickelten m. deltoidei die Configuration der Acromialpartie skelettartig hervortreten. Die Arbeitsleistung beim Heben von Lasten beträgt weniger als die Hälfte im Vergleich mit mehreren anderen normal entwickelten gleichaltrigen Versuchspersonen. Abweichungen der electrischen Reaction sind gegen die beim ersten Anblick gehegte Erwartung nicht vorhanden. — Alle Reflexe sind normal.

Wenn man in Bezug auf die Ernährungs- und Innervationsverhältnisse der Muskeln mit der Annahme eines pathologischen Zustandes noch zweifelhaft sein kann, so ist der Mann in morphologischer Beziehung entschieden als abnorm zu bezeichnen. Der Schädel des Mannes erscheint abnorm klein. Allerdings ist hierbei die abnorme Kopfhaltung in Betracht zu ziehen. L. hält nämlich den Kopf stark nach hinten geneigt, was wahrscheinlich ebenso wie das Heraufziehen der Augenbrauen als compensatorische Bewegung zur Hebung der paretischen oberen Augenlider aufzufassen ist. Eine bei gewöhnlicher Kopfhaltung durch die protuberantia occipitalis externa und die arcus superciliares gelegte Ebene (Rieger'sche Horizontale) bildet einen abnorm grossen Winkel (ca. 20^0) mit der Horizontalen. In dieser habituellen Haltung des Kopfes weicht die Stirn sehr zurück. Bringt man die genannte Schädelebene durch Senkung des Gesichtes in die Horizontale, so wird deutlich, dass es sich weniger um eine abnorme Kleinheit des Schädels als vielmehr um ein beträchtliches Zurückbleiben des Gesichtsskelettes handelt. Diese Feststellung wird durch eine genaue Kopfmessung erhärtet. Die Länge des Schädels beträgt, wie sich aus einem nach der

Rieger'schen Methode aufgenommenen Schädelblatt ablesen lässt, in der angegebenen Ebene 17,2 cm, die grösste Breite 14,2 cm, die grösste Höhe über dieser Horizontalen 11,4 cm. An der ca. 2 cm darüber gelegten Horizontalen zeigt sich ein Zurückweichen der Stirn um ca. 5 mm. Abgesehen von einer um ca. 3 mm stärkeren Ausbuchtung an der hinten rechts gelegenen Schädelpartie ist keine Asymmetrie zu constatiren. In den Schädelmaasstabellen, welche in der psych. Klinik Würzburg allmählich entstanden sind, nimmt der Schädel eine dem Alter des Besitzers ungefähr entsprechende Stellung ein. Dagegen ist das Gesichtsskelett abnorm klein, relativ am kleinsten ist der Unterkiefer. — Die beiden marg. infraorbitales erscheinen schlecht entwickelt. Der Unterkiefer weicht völlig zurück. Die beiden Unterkiefertheile treffen sich nicht im rundlichen Bogen, sondern ganz spitzwinklig. Die vorderen sechs Zähne sind wegen Platzmangel neben- und hintereinander verdrängt. Wenn L. die Zähne zusammenklappt, so stehen die Zähne des Unterkiefers ungefähr $^1/_3$ cm hinter denen des Oberkiefers zurück. Der harte Gaumen ist abnorm schmal und hat die Form eines gothischen Bogens, das ostium pharyngeum ist sehr eng.

Die übrige Körpermessung giebt folgendes Resultat: Totalhöhe $160^3/_4$ cm, Haargrenze 158 cm, Nasenwurzel 154 cm, Nasenspitze 150 cm, Mundspalte 146, Kinn $141^1/_2$, prot. occip. externa 149, Acromion 129, Spitze des Mittelfingers 56 cm. Der Thorax ist flach gebaut, Brustmaass 75—79.

Die Ohren zeigen minimale Entwicklung der Lappen, löffelartige Verbreitung der oberen Partie und Abstehen derselben, Tragus und Antitragus abnorm schwach entwickelt. Wenn man auch auf diese Anomalie wenig Werth legen kann, so bleibt doch die in einer selten starken Weise hervortretende Anomalie des Gesichtsskelettes bestehen.

Das principiell Wichtige des Falles liegt in der Verbindung einer angeborenen Innervationsstörung mit angeborenen morphologischen Abnormitäten.“ —

Anlässlich der auf Wunsch des Patienten vorgenommenen Ptosisoperation (Eversbusch) ergab sich über das Verhalten der Muskulatur Folgendes:

Die Sehne des Musculus levator palpebrae superioris ist beiderseits normal inserirt und auch von normaler Länge resp. Breite. Die gleichzeitig ziemlich weit hinten vorgenommene Eröffnung der Bindehaut der Sclera ergab, dass die verhältnissmässig breite Sehne des am meisten functionell geschädigten Musculus rectus internus normal inserirt war und dass auch der Muskel selbst keine äusserlich wahrnehmbare Veränderung bot. — In der Literatur finden sich mehrere Fälle von Ophthalmoplegia exterior bilateralis congenita. Gleiche oder fast gleiche Fälle sind nur die von Lawford[1]), Hirschberg[2]),

---

[1]) Lawford: Congenital and hereditery defect of ocular movements. Ophth. Soc. of the United Ringd 1887.

[2]) Hirschberg J.: Ueber den Zusammenhang zwischen Epicanthus und Ophthalmoplegia. Neurol. Centralbl IV, p. 294, 1885.

Gast[3]), Lucanus[4]), Rampoldi[5]), Grauer[6]) und die neuerdings von Vosius[7]) veröffentlichten Fälle.

Diesen schliessen sich mit mehr oder weniger Aehnlichkeit an die von Schröder[8]), Mauthner[9]), Hutchinson[10]), Schenkel[11]), Uhthoff[12]) und Tisley[13]) erwähnten Fälle. Die in unserem Falle noch vorhandenen, wenn auch nur leicht angedeuteten Störungen von Seiten anderer Nerven zeigt jedoch nur der von Recken[14]) veröffentlichte Fall und auch dieser nur theilweise.

Betrachten wir unseren Fall im Hinblick auf die bis jetzt vorliegenden Beobachtungen und die daraus gemachten Schlüsse, so fällt uns vor allem ein Unterschied zu den von Heuck, Uhthoff und Steinheim mitgetheilten Fällen auf, bei welchen macroscopisch sichtbare, anatomische Veränderungen vorhanden waren. Denn bei dem Falle Leuchs gelang es nicht, eine rudimentäre Entwicklung oder Atrophie der Muskeln, letztere wenigstens nicht für den äusseren Anblick, nachzuweisen.

Würde es sich um eine mangelhafte Anlage der Muskulatur handeln, dann müsstn wir auch Störungen in Bezug auf die Entwicklung bezüglich Insertion der Sehnen erwarten, ein Moment, das ja allerdings wegfiele, bei der Annahme einer erst später eingetretenen Atrophie der Muskulatur, da eine normal entwickelte Sehne kaum eine Veränderung erfahren dürfte in Folge Atrophie der Muskelelemente. Betreffs Feststellung einer Atrophie der Muskelelemente halte ich womöglich eine microscopische Untersuchung für geboten.

Jedenfalls ist der Schluss, den mehrere Beobachter derartiger Fälle machten, dass selbstverständlich eine mangelhafte Entwicklung der Muskeln vorliege, nicht richtig. — Zu anderen Fällen besteht ein Gegensatz in Bezug auf Aetiologie, denn für Einwirkung eines Giftes haben wir kein Moment; auch die Heredität ist ausgeschlossen.

Möbius fordert nun (cfr. Münchener medicinische Wochenschrift 1892), dazu auf, solche Fälle als infantilen Kern oder Muskelschwund auf- resp. zusammenzufassen. So viel Anziehendes dieser Vorschlag nun auch hat, so liegen mir hier doch in diesem Falle zu viele Momente vor, die zu einer solchen Auffassung nicht passen.

---

[3]) R. Gast: Ein Fall von Ophthalmoplegia bilateralis congenita. Klin. Monatsblatt f. Augenheilk. XXVII, p. 214, 1889.

[4]) Lucanus: Ophthalmoplegia congenita exterior. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., p. 271, 1886.

[5]) Rampoldi: Assenza congenita ereditaria dei movimenti oculi-palpeprale Ann. di Ottalm. XVI, I, p. 51. Arch. f. Augenheilk. XVIII 2, p. 227, 1887.

[6]) Grauer: Ein Fall von Ophthalmoplegia exterior perfecta bilateralis congenita. Nord. ophth. Tidsskr. II, p. 15.

[7]) Vosius: Beiträge zur Augenheilkunde, V. Heft, 1892.

[8]) Schröder: Erster Bericht über die Augenklinik Nerothal zu Wiesbaden 1872.

[9]) Mauthner: pg. 327.

[10]) Hutchinson J.: Ophthalmoplegia ext. without assignable cause. Brit. med Journ I, p. 1374, 1888.

[11]) Schenkel: Centralblatt für practische Augenheilkunde 188 I, p. 335

[12]) Uhthoff: Zur Ophthalmoplegia exterior. Tageblatt d 59 Vers deutscher Aerzte und Naturforscher in Berlin, S. 153, 1886

[13]) Tisley R: Paralyse congenitale complete des moteurs oculaire communs de deux côtes.

[14]) Recken: Klinisches Monatsbl. für Augenheilkunde XXIX, p. 34[illegible].

Es ist zweifelhaft, ob wir bei dem fast gleichmässigen Betroffensein aller äusseren Augenmuskeln beider Augen es mit einer individuellen Lähmung zu thun haben; es ist keine sichtbare Atrophie, als Zeichen von Entartung zu constatiren.

Aus dem Fehlen nun der Kennzeichen einer Kernlähmung, ferner aus der Unwahrscheinlichkeit einer centralen und peripheren (sensu strictiori) anatomisch bedingten Lähmung kämen wir zu der sicher auch nicht befriedigenden Annahme einer functionellen Lähmung und damit auch zum Verzichte auf einepathologisch-anatomisch nachweisbare Läsion.

Ich halte in der That dafür, dass solche Fälle nicht auf einer anatomisch einheitlichen Basis beruhen und demgemäss zusammenzufassen wären. Ich erwähne dazu kurz, dass die Obduction eines jüngst hier beobachteten Falles (ausführliche Veröffentlichung erfolgt später) von vererbter, angeborener doppelseitiger Ptosis mit Epicanthus und Blepharospasmus bez. des musc. levator palpebrae superioris eine rudimentäre Entwicklung ergeben hat. — Es erscheint mir vielmehr ein anderer Gesichtspunkt in Erwägung zu ziehen, nämlich der: ob und wie weit solche Störungen mit den Missbildungen und Degenerationszuständen in Verbindung zu bringen sind. Zur weiteren Anregung in dieser Beziehung reihe ich kurz noch die Besprechung eines zweiten Falles mit angeborenen Störungen, die vor allem die Augenlider betreffen, an.

Es handelt sich um die achtjährige Idiotin Magdalena Steigerwald aus Habichtsthal in Unterfranken, die uns von ihrem Lehrer zugeschickt wurde, da er nichts mit ihr anfangen könne.

In diesem Umstande liegt eine nicht unwesentliche Uebereinstimmung mit dem vorigen Falle, da auch Luechs angiebt, dass ihm das Lernen sehr schwer gefallen sei, wozu das an demselben zu beobachtende schläfrige, langsame Wesen recht gut passt. Genannte kleine Patientin zeigt in sehr schöner Weise eine angeborene beiderseitige unvollständige Ptosis mit Epicanthus und Blepharophimosis, wobei ich vorausschicken will, dass ein derartiger Fall in der Familie noch nicht beobachtet wurde. — In der mir zugängigen Literatur finde ich nur einen auf hereditäre Belastung zurückgeführten, von Vignes[1]) beschriebenen Fall, der dem meinigen gleicht.

Der genauere Status ist folgender: Die Lidspalte ist für gewöhnlich in der Mitte rechts 3,5 mm, links 2,5 mm hoch, in horizontaler Richtung beiderseits 15 mm breit. Bei möglichster Anstrengung der Hilfskräfte kann dieselbe rechts 6 mm weit, links 5 mm weit geöffnet werden. Die Entfernung der inneren Lidcommissuren beträgt 33 mm; der Nasenrücken ist sehr niedrig. — Es besteht ein mässiger Beweglichkeitsdefect der nach innen und aussen wirkenden Muskeln und zwar sind die Externi etwas mehr defect. Besonders tritt dieser Mangel bei den associirten Bewegungen

---

[1]) Vignes: Epicanthus hereditaire. Recueil d'Ophth.. 1889. p. 422,

hervor; auch treten dabei öfters clonische Zuckungen ein. Die Hornhaut des sich medial bewegenden Auges verschwindet vollständig unter der am inneren Lidwinkel vorspringenden Hautfalte. Beim Blick nach oben bleibt das rechte Auge ca. 1,5 mm zurück und ist dieses Zurückbleiben hauptsächlich auf eine mangelhafte Innervation des Musculus rectus superior zu beziehen. — Oeffnen des Mundes hat auf den Grad der Ptosis keinen Einfluss.

Die Thränenkarunkel, die beiderseits eine etwas rudimentäre Entwicklung zeigt, liegt hinter der erwähnten vorspringenden Hautparthie; letztere besteht aus einer grösseren nach aussen concaven von der Haut des Oberlides zum inneren Lidwinkel weit vorspringenden Falte, sowie einer weniger vorspringenden Falte, die vom unteren Thränenpunkte aus nach genannter Richtung zieht. Wir bemerken beiderseits eine geringe Einwärtsrollung des Unterlides.

Erwähnenswerth halte ich noch eine etwas auffallend starke Behaarung des medialen Theils des Oberlides, die sich rechts stärker als links findet, ferner eine Assymmetrie der beiden Schädelhälften. — Ich glaube, dass die erwähnte Hautfalte resp. Falten nicht allein durch eine Insufficienz des Oculomotorius erklärt wird, sondern dass eine Art von Missbildung vorliegt.

Die Sehschärfe betrug beiderseits $^1/_2$ der normalen bei geringer Myopie; Accommodation, Beweglichkeit der Pupille, sowie Reflexempfindlichkeit normal. Ophthalmoscopisch: beiderseits $^1/_3$ papillen-breites temporales Staphylom; Chorioidealstreif, mässige Excavation der temporalen Partie der Papille, sowie geringe Pigmentatrophie in der nächsten Umgebung derselben. Dem medialen Rand der rechten Pupille sitzt ein ca. hirsenkorngrosser Höcker von gelblicher Farbe auf.

Die anscheinend sehr wenig beobachtete Combination von Störungen, wie sie der zweite Fall bietet, ferner die in mancher Beziehung von anderen derartigen Fällen abweichenden Verhältnisse des Falles Leuchs, besonders das seltene Zusammentreffen mit, wenn auch nur leichten, Störungen von Seiten anderer Nerven, sowie die Verbindung von angeborenen Innervationsstörungen mit morphologischen Abnormitäten und psychischen Dogenerationszuständen erscheinen mir als das Wesentliche der beiden vorliegenden Fälle.

II. Referate und Kritiken.

69) Prof. **Obersteiner**: Die Bedeutung einiger neuerer Untersuchungsmethoden für die Klärung unserer Kenntnisse vom Aufbau des Nervensystems (Jahrbücher für Psychiatrie, Bd. XI, p. 131.)

Der formvollendet geschriebene Artikel sucht die hohe Bedeutung einzelner neueren Methoden zu würdigen. Als besonders fruchtbar werden die Methoden von Ehrlich, Nissl, Marchi und Algeri, und Golgi genannt, wobei die Prüfung der Färbung von Marchi und Algeri am Rückenmark eines Hingerichteten Beachtung verdient. Daran schliesst sich eine Aufzählung- und kritische Sichtung der durch dieselben gewonnenen theoretisch wichtigen Thatsachen, anknüpfend an Waldeyer's Lehre von den Neuronen. An dieser

Stelle mag auch hervorgehoben werden, dass Heft 1 und 2 des XI. Bandes der Jahrbücher für Psychiatrie ihren gesammten Inhalt dem unter Leitung Prof. Obersteiner's stehenden Laboratorium verdanken.

H. Dehio.

---

70) **Bregmann** (Warschau): Ueber experimentelle aufsteigende Degeneration motorischer und sensibler Hirnnerven.

(Jahrbücher für Psychiatrie. Bd. XI, p. 73.)

Bregmann hat diese schon von Forel und Nissl bearbeitete Frage vermittelst der Methode von Marchi und Algeri nachgeprüft. Nissl hatte schon den frühzeitigen Beginn der Degeneration nach Durchtrennung oder Ausreissung des Nerven an den Ganglienzellen des Kernes nachweisen können. Bregmann ist dieses auch für die Nervenfasern gelungen. Zuerst degeneriren die dem Kerne zunächst gelegenen Theile und zwar nur einzelne Fasern, bis nach und nach — beim Kaninchen am 58. Tage — die Wurzel degenerirt ist. Untersucht wurden Facialis, Trigeminus und die Augenmuskelnerven. Die Marchi'sche Methode hat sich als durchaus zuverlässig bewährt, wenn man nicht vergisst, dass dieselbe auch im normalen Nervensystem spärliche schwarze Körnchen erscheinen lässt. Die für die normale Anatomie sich ergebenden beiläufigen Resultate mögen im Original eingesehen werden.

H. Dehio.

---

71) **J. Hughlings Jackson**: Note on the Knee-jerk in the condition of super-venosity.

(The British medical Journ., 13. Febr. 1892, pag. 326.)

H. beobachtete Fehlen der Patellar-Reflexe in einigen Fällen von Emphysem mit Bronchitis, wo das Blut hochgradig venös geworden war, desgleichen bei Kranken kurz vor dem Tode. H. erklärt das Fehlen durch hochgradige Kohlensäureüberfülluug des Blutes. Bei einem diphtheritischen Kinde, das cyanotisch war, fehlten die Reflexe vor der Tracheotomie und stellten sich nach der Operation wieder ein, als die Cyanose geschwunden war. Experimentell wurde ein Gleiches beobachtet. Bei einem Hunde entsteht nach Compression der Trachea erst Steigerung, dann Fehlen der Reflexe. H. vermuthet, dass Sauerstoff, dem Blute Cyanotischer zugeführt, die Reflexe wieder erscheinen lässt. Bei manchen Fällen von Apoplexie und im post-epileptischen Coma kann das von Wichtigkeit sein. In manchen Fällen von Gehirnhämorrhagie fehlen die Kniereflexe, in anderen nicht; man solle später darauf achten, ob die Prüfung auf die Reflexe während eines super-venösen Zustandes des Blutes gemacht wird.

Wichmann-Braunschweig.

---

72) **Hallion** (Paris): Des déviations vertébrales névropathiques.

(Nouvelle iconographie de la Salpêtrière 1892, Nr. 3 u. 4.)

In dieser schönen Arbeit bespricht Verf. die verschiedenen Wirbelsäulenverkrümmungen, die bei zahlreichen Nervenkrankheiten beobachtet werden. Ausführlich wird die bei Syringomyelie so häufige Skoliose besprochen. Sehr häufig sind die Verkrümmungen in der Friedreich'schen Krankheit. Selten, aber dann zuweilen ausserordentlich hochgradig sind die

Veränderungen, welche bei der Tabes in Folge von Gelenkentzündungen und Fracturen der Wirbelsäule vorkommen. Ausnahmsweise finden sich Wirbelsäulenverkrümmungen bei der multiplen Sclerose.

Hierauf werden die Verkrümmungen in Folge von Muskellähmungen oder Contracturen besprochen, wie sie insbesondere Duchenne uns kennen gelernt hat. Ihre orthopädische Behandlung wird kurz erwähnt.

Ausführlicher werden die Skoliosen bei Ischias, die ja in letzter Zeit Gegenstand so vieler Erörterungen geworden sind, behandelt und damit die ähnlichen Skoliosen bei Hemiplegie verglichen.

Selten sind Wirbelsäuleverkrümmungen bei progressiver Paralyse; häufiger bei beiderseitiger Athetose.

Die Lordosis uud Kyphosis bei Dystrophia musc. progr. hat schon Duchenne genau und richtig gewürdigt.

Die genaue Kenntniss dieser verschiedenen Vorkommnisse wirft auch ein neues Licht auf die verschiedenen Theorien über die Entstehung der gewöhnlichen Skoliosis adolescentium. Die Theorie, welche die Ursache hierfür einfach in einer Muskelschwäche sucht, erscheint darnach unhaltbar.

Zum Schlusse wird erwähnt, dass die gewöhnliche Skoliosis ziemlich oft bei erblich schwer belasteten, mit Degenerationszeichen behafteten Individuen beobachtet wird und sich manchmal mit den Zeichen einer allgemeinen Neurose entwickelt. Strauscheid.

---

73) **Schneller**: Zur Lehre von den dem Zusammensehen mit beiden Augen dienenden Bewegungen.

(Arch f Ophth. 38, 1, S. 71—117)

Aus der längeren Arbeit dürfte für dieses Blatt folgender Fall von conjugirter Ablenkung beider Augen bemerkenswerth sein: Ein 3jähriges Kind fiel auf das rechte Scheitelbein, „in dessen hinterem Theil, wo sich kurz nachher dicht hinter dem Scheitelhöcker eine leichte Anschwellung der Kopfhaut fand.“ Darnach Erbrechen, Bewusstlosigkeit und Ablenkung beider Augen nach links. Keine sonstigen Symptome, speciell „keine Krämpfe weiter“. V. giebt zu, „dass die Localisation auch hier nicht sicher war, ob Scheitelläppchen (Wernicke) oder Sehsphäre (Knies).“

Heddaeus (Essen).

---

74) Dr. **W. Goldzieher**: Ueber eine angeborene abnorme Lidbewegung Vortrag im Budapester kgl. Verein der Aerzte am 5. November 1892.

Vortragender stellt einen 2jährigen, sonst normalen Knaben vor, bei dem folgende sehr seltene Anomalie zu constatiren war: beträchtliche Ptosis links, welche durch Oeffnen des Mundes behoben wird, dagegen bestehen bleibt, wenn das Lid des rechten Auges gehoben wird. Beim Kauen wird das obere Lid des linken Auges regelmässig gehoben und gesenkt, während das rechte Auge vollkommen passiv ist. Bei energischem Kauen tritt Rollung des linken Auges nach unten und aussen ein, zugleich mit geringer Protrusion des Auges. — Ausserdem scheint eine geringe Parese des m. rectus sup. links vorzuliegen. — Es ist demnach eine synergische Verbindung zwischen m. levator palp. sup. links und den den Unter-

kiefer abwärts ziehenden Muskeln (biventer maxillae, genio-hyoideus, mylo-hyoideus) vorhanden und zwar handelt es sich hier nicht um eine zufällige Mitbewegung, sondern um eine Zwangsbewegung, welche vielleicht in Folge gemeinsamer Innervation der genannten Muskelgruppen vor sich geht. — Genannte Anomalie ist bis jetzt 3mal in der Literatur erwähnt. — Man nimmt an, dass das Centrum des Oculomotorius, aus welchem der m. palpebrae sup. innervirt wird, verkümmert sei; die Innervation des m. palp. sup. finde statt durch Fasern, welche aus dem Kerne des motorischen Trigeminus stammen und im Stamme des Oculomotorius verlaufen. — Der Facialis kommt nicht in Betracht. — Ob es sich hierbei um eine Bildungshemmung oder um eine embryonale Erkrankung handelt, bleibt vorläufig unentschieden. Lehrreich sei jedenfalls der Nachweis, dass die Function eines centralen Innervationsherdes im Nothfalle von einem benachbarten übernommen werden könne — eine Thatsache, die auch sonst in der Nervenpathologie beobachtet wurde.

Bach - Würzburg.

---

75) **Antonelli:** L'amblyopie transitoire.
(Arch. de Neurol 1892, Nr. 71, 72.)

A. giebt zunächst eine ausführliche Symptomatologie der transitorischen Amblyopie, zu der er das Flimmerscotom, die migraine ophthalmique, die transitorische Hemiopie und concentrische Gesichtsfeldeinschränkung und das centrale Scotom rechnet. Das periphere Sehen ist häufiger alterirt als das centrale, ebenso sind weit öfter gleichzeitig beide Augen als nur ein Auge allein betroffen. Characteristisch ist das mehr oder minder plötzliche Auftreten und Verschwinden der Sehstörung, die für sich allein auftreten kann oder von psychischen Störungen, von Störungen der Sprache (Dysphasie), der Motilität oder Sensibilität begleitet wird. Diese Amblyopie findet sich sowohl bei functionellen Leiden, bei Neurasthenie, Hysterie und den verschiedenen Formen der Epilepsie, als auch bei organischen Leiden, bei Tabes und der progressiven Paralyse; bei der letzteren ist sie nicht selten eine Prodromalerscheinung.

Das oft beobachtete Flimmern ist gleichwerthig sonstigen Hallucinationen und als Accidens aufzufassen. Die typischen Migränesymptome (Erbrechen, Uebelkeit, Kopfschmerz, Schwindel etc.) können sich hinzugesellen, können aber auch fehlen. Die Amblyopie wird häufiger bei Weibern als bei Männern beobachtet, Heredität (Gicht, Diabetes) scheinen eine nicht unwesentliche Rolle zu spielen; als gelegentliche Ursachen für die Anfälle sind geistige Ueberanstrengung, Verdauungsstörungen, Excesse aller Art zu nennen. Die Amblyopie ist eine functionelle Neurose, sie ist bedingt durch Circulationsstörungen (wahrscheinlich temporäre Anämie) in denjenigen Rindenpartien des Occipitallappens, die als optische Centren bekannt sind. Die Störung trifft oft nur eine Hemisphäre und dann besonders die linke (Hemianopsie dextra) oder nur einzelne, sei es für das centrale oder für das periphere Sehen bestimmte Theile dieses Centrums (centrales oder peripheres Scotom) oder auch gleichzeitig oder nacheinander beide Hemisphären (totale Amaurose, Hemianopsia duplex). Das Vorkommen einer monocularen Amblyopie spricht sehr für die Charcot'sche Ansicht, dass für

jedes Auge auch ein besonderes Rindencentrum existirt. Die Thatsache, dass das maculare Sehen weit seltener afficirt ist als das periphere und dass selbst bei fast vollständiger Verdunkelung des Gesichtsfelds (Hemianopsia duplex) das centrale Sehen noch erhalten ist, wird erklärlich durch die Annahme, dass diejenigen Theile der Rinde, die in Beziehung zur Macula stehen, günstigere Circulationsverhältnisse besitzen als die übrigen Partien. Die die Amblyopie oft begleitenden Erscheinungen einer partiellen Epilepsie finden ihre Erklärung durch die Ausbreitung der gleichen Circulationsstörung auf andere Rindengebiete. Die Pathogenese der Migränesymptome ist noch nicht genügend bekannt. Falkenberg-Dalldorf.

---

76) **Groenouw**: Ueber die Intoxicationsamblyopie.
(Arch. f. Ophth., 38, 1, S. 1—70, 1892.)

Nach einem geschichtlichen Ueberblick über die früheren Arbeiten über den gleichen Gegenstand berichtet Gr. über seine eigenen Untersuchungen, welchen das Material der Breslauer Univ.-Augenklinik und -poliklinik der letzten 16 Jahre zu Grunde liegt (185 Krankengeschichten mit über 400 Gesichtsfeldtafeln).

Allgemeinstörungen bei der Intox.-Ambl. sind: Appetitlosigkeit, Agrypnie, träger Stuhl, Verminderung des Geschlechtstriebes, Mattigkeitsgefühl, (Wadenkrämpfe. Ref.). Augensymptome sind: Herabsetzung der centralen Sehschärfe bei normalen Gesichtsfeldgrenzen, negatives papillomaculares Scotom für roth und grün. Ophthalmoscopisch: Abblassung des temporalen Papillensectors, sonst normaler Befund. Alles fast immer bds. in gleichem Grade.

Die Sehschärfe kann sinken bis auf Fingerzählen in einigen Metern Entfernung, nie bis zur vollständigen Erblindung. Bei herabgesetzter Beleuchtung wird relativ, bisweilen auch absolut besser gesehen; grelles Licht blendet sehr. Prüft man S. für Ferne und für Nähe, so erhält man oft auffallend verschiedene Werthe, eine Incongruenz, welche nach V. „für die Intox.-Ambl. bis zu einem gewissen Grade characteristisch ist“. Zwischen dem Grade von S und der Ausdehnung des centralen Scotoms bestehen ebenfalls nur sehr lockere Beziehungen.

Das centrale Scotom wird mit farbigen Quadraten von 5, 3, 2, ev, 1 mm Seite bestimmt. Es breitet sich, wie die vergleichende Zusammenstellung der Gesichtsfelder verschiedener Patienten in verschiedenen Stadien der Erkrankung lehrt, in folgender Weise aus: Es beginnt als kleiner Defect für roth (und grün) bei F (Fixirpunkt), sich von da um 2—5° nach aussen, also auf M (Mariotte'scher Fleck) zu erstreckend. Gleichzeitig vergrössert sich M für roth auf 8 10°. Die Defecte von F und M wachsen auf einander zu und vereinigen sich, bald mit ihrem oberen oder unteren Rande zuerst (Hufeisenform), zu der typischen Figur des liegenden Eies (dickes Ende bei F). Bei fortwirkenden Schädlichkeiten vergrössert sich der eiförmige Defect für roth — ohne F nach innen hin wesentlich zu überschreiten — zunächst nach oben hin, erreicht hier die Grenze der Rothempfindung, „bricht nach oben durch“. Später erfolgt der Durchbruch nach unten: das Gf. für roth besteht jetzt aus 2 vollkommen von einander

getrennten Hälften, einer äusseren und einer inneren. Von beiden schwindet immer die äussere (temporale) zuerst: es bleibt ein Gf. für roth, ähnlich temporaler Hemianopsie (aber die Aussengrenzen für weiss und blau sind normal). Schliesslich schwindet der letzte Rest der Rothgrünempfindung: es entsteht Rothgrünblindheit, die sich von der angeborenen Rothgrünblindheit u. A. durch die Herabsetzung von S, von Atrophia N. opt. durch die noch immer durchaus normalen Aussengrenzen für weiss unterscheidet.

Ein absolutes Scotom (auch für weiss) findet sich bei Intox.-Ambl. selten und nur in schwereren Fällen. Es tritt dann zuerst bei F und M auf, wie das Rothscotom, vergrössert sich wie dieses, vorwiegend papillomacular, erreicht aber niemals dessen Ausdehnung.

Der Endausgang der Intox.-Ambl. ist meist Besserung und Heilung: bei Abstinenz schwinden schnell die Allgemeinbeschwerden, das Scotom bildet sich in umgekehrter Weise wie es entstanden im Verlauf von wenigen Tagen bis mehreren Wochen event. Monaten zurück. Seltener wird der Defect stationär, noch seltener geht der Process in Sehnervenatrophie (mit Einengung des Gf. etc.) über.

Anatomisch unterscheidet sich die Intox.-Ambl. nicht von der aus anderen Ursachen enstehenden, meist mit Sehnervenatrophie endenden axialen (oder besser papillomacularen) retrobulbären Neuritis. Klinisch sind beide Krankheiten entschieden auseinander zu halten. Differentialdiagnostisch ist zu bemerken: Retrobulb. N. entsteht acuter, verläuft ohne die erwähnten Störungen, betrifft nicht nur männliche, sondern auch weibliche, nicht nur ältere (über 30 und 40), sondern auch jüngere Individuen, ergreift meist, wenigstens zunächst, nur ein Auge, geht mit absolutem, nicht relativem, mit pericentralem, nicht paracentralem Scotom und mit sectorenförmiger Einengung des Gf. einher und endet meist mit Sehnervenatrophie.

Die Ursache der Intox.-Ambl. findet Gr., in Uebereinstimmung mit Förster, Nettleship u. A. und im Gegensatz zu Uhthoff (vgl. Cbl. X, 241, X, 368, XI, 72) einzig im Tabakmissbrauch (Rauchen, Kauen. Schnupfen). Begünstigend auf den Ausbruch der Krankheit wirken alle schwächenden Momente: Kummer, Nachtwachen, Dyspepsie, chronischer Alcoholismus. Alcoholmissbrauch allein, ohne gleichzeitigen Tabakmissbrauch, verursacht aber keine Intox.-Ambl., sondern vielmehr das klinische Bild der axialen retrobulbären Neuritis.

Heddaeus (Essen).

---

77) Dr. **Sauvineau**: Pathogénie et Diagnostic des Ophthalmoplégies.
(Recueil d'Ophthalmologie, 3. Serie, 14. Année, 1892.)

Die Bezeichnung Ophthalmoplegia exterior will Verf. nur dann gebraucht wissen, wenn alle 6 äusseren Augenmuskeln mit oder ohne Levator palpebr. gelähmt sind, höchstens noch, wenn 3 u. 4 oder 3 u. 6 betroffen sind, speciell die mehr oder weniger completen Lähmungen im Verlaufe der Tabes sollten obigem Krankheitsbild nicht zugezählt werden. Es folgt eine ausführliche Erörterung der Möglichkeiten des Sitzes der Läsion, die natürlich fast nur Bekanntes bringt und wovon daher nur Weniges zu berichten ist. — Die Läsion der Pedunculi gebe keinen Ort zu wirklichen Ophthalmoplegien ab, nur zu isolirten Lähmungen des 3. oder 6. Nervenpaares mit

Lähmung der entgegengesetzten Körperhälfte, da der Trochlearis nicht durch die Pedunculi zieht und weiter die Wurzeln des 3. u. 6. getrennt von einander verlaufen. — Im Gegensatz zu Mauthner, Dufour u. a. nimmt Verf. an, dass Fälle existiren, wo die Ophthalmoplegieen verursacht seien durch Läsionen, die jenseits der Kerne, d. h. oberhalb derselben sässen. In einer Anzahl von Fällen mit Diagnose „Kernlähmung" habe die Autopsie Intactsein der Kerne ergeben, besonders auch in dem Falle, der Wernicke zum Aufbau seiner Theorie der Poliencephalitis gedient habe. — Die Kenntniss der associirten Lähmungen, welche durch Läsionen der Coordinationscentren bedingt seien, weise auch auf das Vorkommen von supranuclearen Lähmungen hin. Die Coordinationscentren scheinen nur den unfreiwilligen, reflectorischen und anatomischen Bewegungen vorzustehen, während die willkürlichen Bewegungen von noch höher gelegenen Centren geleitet werden (Hirnrinde). Der klinische Typus der letzteren Lähmung sei gegeben durch die hysterischen Ophthalmoplegieen. — Verf. giebt folgende Eintheilung der Ophthalmoplegieen:

Nucleare Ophth. 2 Arten: eine häufige (doppelseitige), eine seltene (einseitige); Supranucleare Ophth.; Rindenophth.; Basilarophth.; Orbitalophth. Ophth. durch periphere Neuritiden, wobei gleichzeitig die Nervenenden in der Orbita, die Nervenstämme an der Basis und die Pedunculuswurzeln betroffen seien. — Der Unterschied zwischen dieser Eintheilung und der von Mauthner gegebenen besteht darin, dass hier eine Trennung der von M. als fasciculär bezeichneten Lähmung vorgenommen wird. Das Betroffensein der Faserbündel, der Nervenfascikel zwischen corticalem Centrum und Nucleus wird hier als supranucleare Lähmung bezeichnet, dahingegen werden die Läsionen der aus dem Nucleus hervorgehenden und zur Basis ziehenden Wurzelbündel den peripherischen Lähmungen zugezählt. — Verf. spricht sich gegen die von Recken vorgeschlagene Zuzählung der Nuclearlähmungen zu den peripheren Lähmungen aus, da die Entartungsreaction bei den Augenmuskeln kaum mit Bestimmtheit nachweisbar sein dürfte und diese Eintheilung der in der allgemeinen Nervenpathologie beliebten widersprüche. — Es werden die klinischen und pathologisch anatomischen Charactere der verschiedenen Arten besprochen. Auf die doppelseitige Kernlähmung eingehend wendet sich Verf. gegen die gewöhnliche Annahme, dass nach Ausschluss einer peripheren Ursache die Ophth. exterior nur nuclear sein könne. Dies sei besonders nicht richtig für die acute Form derselben, wobei die Läsion höher als das Kerngebiet gelegen sei. Die Kerne seien hierbei bei stattgehabter Autopsie auch stets unbetheiligt gefunden worden. — Die Besprechung der Diagnostik, des Verlaufs, Prognose, Aetiologie und Pathogenese bietet nichts wesentlich Neues. Bezüglich der Differentialdiagnose der basilaren Ophth. erwähnt Verf., dass dieselbe niemals bloss eine Ophth. exterior sein könne; die Gegenwart einer einseitigen Olfactoriuslähmung sei als sehr wichtiges diagnostisches Moment für die Basilarophth. anzusehen. — Betreffs weiterer Einzelheiten ist das Original nachzusehen, woselbst sich auch die einschlägige Literatur findet.

Bach - Würzburg.

78) **W. Ebstein**: Zur Lehre vom traumatischen Diabetes mellitus. Zugleich ein Beitrag zur Lehre von den sogenannten traumatischen Neurosen.
(Berl. klinische Wochenschr. 1892, Nr. 42 u 43.)

Einen 45jährigen Locomotivführer hatte im Jahre 1883 ein Eisenbahnunfall betroffen, in Folge dessen eine Menge schwerer nervöser Erscheinungen auftraten. Als er nach vielfältigen Begutachtungen wegen Verdachts auf Simulation in die Göttinger Klinik geschickt wurde, kam E. zum Resultat, dass Patient an einer schweren Neurose litte und arbeitsunfähig wäre; es wurden u. A. Schmerzhaftigkeit bei allen Bewegungen, Seh- und Hörstörungen, Hemianästhesie und auffallende Gedächtnissschwäche constatirt. Nach Verlauf von mehreren Jahren kam der Mann wegen angeblicher Besserung des Zustandes wieder zur Beobachtung in die medicinische Klinik. Er hatte in der Zwischenzeit an allgemeiner Furunkulose gelitten, sein Körpergewicht hatte abgenommen, die Gedächtnissschwäche hatte sich gesteigert, die Denkfähigkeit verschlechtert. Der Urin enthielt 4,7% bis 6,8 % Zucker.

Wenn auch durch ein antidiabetisches Regime der Zucker nach einiger Zeit zum Verschwinden gebracht wurde, verschlimmerte sich nach einer Erkrankung an doppelseitiger Pneumonie, welche mit einem Anfall von Geistesstörung verbunden war, der Zustand wieder und der Urin enthielt trotz sorgfältiger Diät andauernd Zucker.

An diesen Fall, welcher wiederholt in den Verdacht der Simulation gekommen war, schliesst E. eine Reihe interessanter Betrachtungen über frühere Gutachten (selbst Erb hatte in einem Gutachten vom Februar 89 erklärt, dass die Beschwerden zum grossen Theil simulirt, zum andern Theil übertrieben wären). Die Simulation war, abgesehen von dem erst später entdeckten Diabetes allein durch die psychischen Störungen auszuschliessen. E. hält es nicht für unmöglich, dass Patient bereits bei seinem ersten Aufenthalt Zucker im Urin hatte, der bei den seltenen Untersuchungen unentdeckt blieb; dafür scheinen die damals constatirten erheblichen Schwankungen des spec. Gewichts (bis 1032) zu sprechen.

Griesinger, welcher in 5,7% der von ihm beobachteten Fälle von Diabetes eine traumatische Entstehung der Zuckerkrankheit constatirte, kam zu dem Ergebniss, dass eine solche in überraschend grosser Zahl statt hat; doch konnte er nur in 3 Fällen gleichzeitig nervöse und psychische Symptome beobachten. Es handelte sich fast ausschliesslich um Traumen, die mit heftigen Erschütterungen und Zerrungen verbunden waren. E. glaubt, dass von den Beobachtern der traumatischen Neurose (Oppenheim führt nur einen Fall von Glycosurie bei Neurose nach Kopfverletzung an), der Harn viel zu wenig untersucht würde, sonst würde man, wenn auch nicht zu häufig, so doch häufiger Diabetes bei traumatischer Neurose finden. Beide Störungen können nach E. durch Traumen mittelbar hervorgerufen werden. Vorbedingung ist nach E. ein mehr oder weniger widerstandsloses Nervensystem. E. stellt sich vor, dass in dem beschriebenen Falle der Patient sowohl zur „traumatischen Neurose“ wie zum Diabetes mellitus prädisponirt war und das Trauma das Moment gewesen ist, welches diese Disposition entwickelt und den fleissigen, umsichtigen, mässigen und nüchternen, vorher gesunden Mann zu einem siechen Manne gemacht hat. Hoppe.

79) **Arthur Strauss** (Hamburg): Ueber den Werth des Mannkopf'schen Symptoms bei Nervenleiden nach Trauma.
(Berl. klin. Wochenschr. 1892, Nr. 48.)

Um zu constatiren, ob der negative Ausfall des Mannkopf'schen Symptoms, welches bekanntlich in Vermehrung der Pulsfrequenz bei Druck auf schmerzhafte Körperstellen besteht, auf Simulation der Schmerzen schliessen lässt, hat S. in der medicinischen Klinik zu Bonn eine Reihe von organisch-Kranken, die über Schmerzen bei Druck auf die erkrankten Körpertheile klagten, sphygmographisch und durch einfaches Zählen in derselben Weise wie die Unfallskranken (unter allen Cautelen) untersucht. Ebenso wie bei diesen zeigte sich auch bei jenen in einigen Fällen bei Druck eine mehr oder minder deutliche Vermehrung der Pulsfrequenz und der Pulscurven, in anderen aber keine Abweichungen von der Norm. S. schliesst daraus, dass das Mannkopf'sche Symptom nur bei positivem Ausfall einen Werth hat.

Hoppe.

---

80) **H. Burger**: Laryngoscopische Befunde bei traumatischer Neurose.
(Berl. klin. Wochenschr. 1892, Nr. 47.)

B. wendet sich gegen die Ausführungen von B. Holz, wonach eine doppelseitige Posticusparese bei traumatischer Neurose Simulation ausschliessen soll, mit dem Hinweis, dass die Adductoren zu den willkürlichen Muskeln gehören und daher eine Lähmung derselben (resp. Aphonie) sehr leicht simulirt werden könne. Er bekämft weiter die Richtigkeit der Diagnose in den beiden von Holz mitgetheilten Krankheitsfällen und resümirt seine Ansichten in folgenden Sätzen:

1. Bei der traumatischen Neurose sind functionelle Lähmungen der Stimmbandadductoren a priori nicht als unwahrscheinliche Vorkommnisse zu betrachten, obgleich sie, wie aus der Casuistik erhellt, jedenfalls nicht zu den häufigen Symptomen gehören.
2. Für die Entscheidung traumatischer Neurose oder Simulation sind dieselben nicht zu verwerthen.
3. Die Lähmungen des Glottiserweiterers (M. cricoarytaenoideus posticus) und des ganzen N. recurrens in Folge von traumatischer Neurose sind bis jetzt nicht beschrieben worden und es ist wohl kaum zu erwarten, dass sie je als Symptome dieser Krankheit auftreten werden.

Hoppe.

---

81) **S. Placzek** (Berlin): Der Förster'sche Verschiebungstypus, ein objectives Symptom der traumatischen Neurose. (Aus der Nervenpoliklinik des Dr. Oppenheim.) (Cfr. dieses C.-Bl. 1893 pg. 35.)
(Berl. klin. Wochenschr. 1892, Nr. 35 u. 36.)

Das Wesentliche des Förster'schen Verschiebungstypus besteht darin, dass das in centripetaler Richtung in's Gesichtsfeld hineingeführte Prüfungsobject weiter peripherisch gesehen wird, als das in centrifugaler Richtung geführte. Führt man das Object durch den ganzen Perimetermeridian hindurch, also von Peripherie durch Centrum nach Peripherie und notirt die Punkte des Sichtbarwerdens und Verschwindens, so erhält man zwei sich

schneidende Gesichtsfeldgrenzen und zwar ist jede nach der Richtung hin weiter, aus welcher das Object in's Gesichtsfeld hineingeführt wurde.

Diesen Verschiebungstypus konnte P. in 5 Fällen von traumatischer Neurose und in einem Fall von eigentlicher Hysterie constatiren. In allen diesen Fällen war auch concentrische Gesichtsfeldeinengung nachweisbar; in einem Fall war letztere jedoch nur auf dem linken Auge vorhanden, während das rechte normale Gesichtsfeldgrenzen zeigte. Die Simulation der Symptome des Verschiebungstypus ist nach P. noch sicherer ausgeschlossen, als die der concentrischen Gesichtsfeldeinengung. In einem 7. Falle, wo die Diagnose traumatische Neurose nicht ganz sicher war, fand sich neben zahlreichen subjectiven Beschwerden der Förster'sche Verschiebungstypus als einziges objectives Symptom. Hoppe.

---

82) **James Kerr**: Notes on some hysterical cases.
(The Lancet. 28. Mai 92)

1. Fall. M. G., 30 Jahre alt, klagt über Krämpfe seit einiger Zeit, welche in der r. Hand und dem r. Arm beginnen und dann die Muskeln befallen, welche den Kopf nach der r. Seite ziehen. Darauf Bewusstlosigkeit oder Aufhören des Krampfes. Sie fügt hinzu, dass sie seit einiger Zeit nach dem Anfall dreifach sieht (Triplopie) mit dem rechten Auge. Es besteht Pharynxanästhesie.

2. Fall. A. P., 30 Jahre alt, vor 7 Wochen ein Wochenbett durchgemacht, klagt über allgemeine Abnahme der Kraft in der linken Hand in den letzten 3 Wochen. Anämisch. Jodkalium. Befinden schlechter. Es besteht eine oberflächliche und tiefe Anästhesie 2 Zoll oberhalb des Ellbogens bis zu den Fingerspitzen mit Contractur. Pharynxanästhesie. Durch forcirte Bewegung in Verbindung mit Suggestion wird schnell Heilung erzielt.

3. Fall. J. T., 29jähriger Mann; gute Vorgeschichte; 1889 leichter Schreck; später Verrenkung des Daumens; Juli 1891 stürzt er $4^1/_2$ Fuss hoch herab und schlägt mit dem Kopf und der Hinterfläche der rechten Schulter auf. Betäubung. Klagt dann über Kopfschmerz; Schmerz im rechten Biceps. Schwindelanfälle. 1. August: Pat. sitzt fast ausdruckslos, rechte Hand und Arm gelähmt. Daumen halbgebeugt, contracturirt. Rechte Hand fühlt sich kälter an als linke, hat aber gleiche Temperatur. Oberflächliche und tiefe Anästhesie der Hand und des Armes. Hyperästhetischer Fleck über dem Biceps. Keine Ernährungsstörungen. Auf dem übrigen Theil der Oberfläche rechts von der Meridianlinie besteht Allochirie, Berührung auf der rechten Seite wird auf die correspondirende Stelle auf der linken Seite hinübertransferirt. Es scheint ein negatives sensorisches Bild von rechts nach links projicirt zu sein. Temperatursinn ist rechts geschwunden, ebenso Muskelsinn. Keine Reflexe, ausser Pupillarlichtreflex, auf der rechten Seite. Das r. Auge kann Finger in 1 Fuss Entfernung nicht unterscheiden. Das r. Ohr hört die Uhr nur beim Anlegen. Links besteht deutliche quantitative Herabsetzung der verschiedenen Functionen. Linker Plantarreflex lebhaft. Kein Romberg'sches Phänomen. Augenhintergrund beiderseits normal; Pharynx anästhetisch.

Diagnose: Hysterotraumatische Contractur. Während der Behandlung mit Hypnose zeigte der Kranke Amblyopie, Macropsie und Micropsie. In einer Entfernung von 6 Zoll sah er nur das mittlere Drittel eines Streichholzes und 3 Bilder; näher gebracht sah er das Holz sehr gross (Macropsie), „wie eine Telegraphenstange"; entfernter erschien es nur als $^1/_4$ seiner Grösse (Micropsie). Das Gesichtsfeld des linken Auges war etwas eingeengt.

Wichmann.

---

83) **Schimmelbusch** (Berlin): Ein Fall von Selbstbeschädigung bei einer Hysterischen. Vortrag in der Berl. medicin. Gesellschaft. 26. Oct. 1892. (Berl. klinische Wochenschrift 1892. Nr. 46.)

Der Fall betrifft ein 26jähriges Mädchen, welches bereits von Dr. Senger auf dem vorigen Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie mit einer handtellergrossen Ulceration über der linken Mamma vorgestellt worden war. Das Geschwür sollte angeblich nach einer geringfügigen Verletzung mit einer Stricknadel vor 3 Jahren entstanden sein und sich schubweise (besonders zur Zeit der menses) unter Auftreten von brandblasenähnlichen Bildungen vergrössert haben, ohne dass die mannigfaltigsten Behandlungsmethoden verschiedener Aerzte einen dauernden Erfolg hatten. Während Senger, welcher zuletzt noch Transplantationen ohne Erfolg gemacht hatte, die Affection für eine Trophoneurose hielt, wurde von Esmarch, Thiersch und Petersen die Möglichkeit hysterischer Selbstbeschädigung hervorgehoben und beschlossen, die Kranke genauer in der v. Bergmann'schen Klinik zu beobachten.

Hier zeigte sie sich sofort als eine ausgesprochene Hysterica. Unter einem Gypsverband, welcher Thorax und Arm fest umschloss, begann die Wunde sich vom Rande aus zu vernarben; die zur Beschleunigung der Heilung unternommenen Transplantationen glückten, aber es blieben ganz kleine granulirende Knöpfe, die sich trotz aller Mittel nicht schliessen wollten, im Gegentheil allmählig grösser wurden und sich unter Bildung von Blasen bald wieder in Granulationsflächen umwandelten. Denselben Erfolg hatte trotz aller Kautelen eine zweite Transplantation. Die auffallende Beobachtung endlich, dass an den Stellen, wo der Gypsverband der Haut fest anlag, die Haut durchgescheuert und es so selbst am Abdomen zu Excoriationen und Bildung von Blasen gekommen war, welche, wie die übrigen, mit hellem, leichtblutigem Serum gefüllt, den secernirenden Papillarkörper freilegten und ganz den Blasen glichen, die durch Reibung der Haut (beim Turnen, Rudern etc.) entstehen, führte zu der Ueberzeugung, dass in unbemerkten Augenblicken der Thorax an dem Verband gescheuert oder der Verband hin- und hergerieben wurde. Die Ulcerationen heilten auch, als nunmehr jede wunde Stelle mit etwas Gaze und Photoxylin zugeklebt wurde.

S., welcher noch zwei ganz ähnliche Fälle von Calcot Fox (Lancet 82) und von Footner (Lancet 83) anführt, glaubt von der vielverbreiteten Ansicht, dass diese Selbstbeschädigungen Hysterischer vollkommen bewusste und absichtliche Handlungen seien, die den Zweck hätten, Aufmerksamkeit zu erregen, abweichen zu müssen, da in dem vorliegenden Falle die Patientin über ihre Heilung eine unverhohlene Freude zeigte, und die Auf-

merksamkeit, welche man ihr schenkte, stets als sehr unbequem, die Lapisätzungen als sehr schmerzhaft empfand; er schliesst sich vielmehr der Muthmaassung Strümpell's an, dass derartige Selbstbeschädigungen zu den impulsiven Akten gehören, Zwangsvorstellungen sind und oft nur mangelhaft im Gedächtniss zurückbleiben. Hoppe.

---

84) **L. West**: Case of hysterical Paralysis of the abductors of the larynx and of the Diaphragm, associated with peculair movements of the Palate.
(The Lancet. 6. Aug. 1892, p. 309.)

Eine 48jährige Frau kommt Mitte Februar wegen Dyspnoë in's Spital. Sie will bis Weihnachten gesund gewesen sein, erkrankte dann an Bronchitis. Das Athmen war ohne Beschwerde bis 1 Woche vor ihrer Spitalaufnahme. Sie ist mittelgross, gut genährt. Ausgesprochene Dyspnoë; Athmung geschieht ganz mit dem obern Theil der Brust. Anscheinend Diaphragmalähmung; Diaphragma steigt nicht bei der Inspiration herab. Das Abdomen wird, statt bei der Inspiration vorbewegt zu werden, zurückgezogen. Die unteren Intercostalräume der Rippen werden nach einwärts gezogen. Larynx blieb fixirt und zeigte keine respiratorische Excursion. Der Gaumen wird bei Inspiration stark gehoben, bei Exspiration fällt er schlaff, wie gelähmt herab. Die Stimmbänder sind einander genähert bis auf $^1/_2$ Linie bei Inspiration, bei Exspiration trennen sie sich und nehmen Cadaverstellung an. Stimmbänder weiss. Der Larynx im Ganzen bewegt sich nicht; die cartilag. arytaen. bewegen sich bei Inspiration nicht gegen die Mitte; bei Phonation aber bewegen sie sich frei gegen einander. Die Abductoren waren völlig gelähmt. Von den Glottisverschliessern contrahiren sich die cricoarytaenoidei laterales bei der Inspiration. Die Arytaen. postici et obliqui waren nicht gelähmt. Die Unregelmässigkeit der Affection wies auf Hysterie. Im Schlaf war die Athmung ruhig.

Schon in ihrem 23. Jahre hatte die Kranke eine „Contractur der Kehle und des Nackens" gehabt, so dass sie den Mund nicht öffnen konnte. Chloroformirung war ohne Einfluss auf die Athmung. Da Hysterie angenommen war, sah man von Tracheotomie ab und bereitete die Intubation vor, die auch 2 Tage später ohne grossen Erfolg gemacht wurde. Dann wird 2 Tage lang der Larynx von aussen faradisirt; ohne Erfolg. Mittags am 26. ändert sich plötzlich das Bild, die Athmung wird ganz ruhig, das Zwerchfell bewegt sich natürlich, wenn auch nicht frei. Der Gaumen hört auf, sich bei der Inspiration zu bewegen. Stimmbänder stellen sich normal, waren aber in beständiger Oscillation. Bei Phonation sind die Bewegungen natürlich. Tägliche Faradisation. Am 29. hatten sich die Stimmbänder wieder genähert und trat etwas Dyspnoë auf; das Zwerchfell bewegt sich nur dann und wann. Dieser Zustand blieb bis 2. III. Dann Batteriestrom auf Abdomen; das Diaphragma wird normal; derselbe Strom auf den Larynx lässt die Kranke mit klarer Stimme sprechen. Athmung und Sprache blieben natürlich bis 4. III. Rückfall. Constanter Strom beseitigt denselben. Pat. verlässt das Spital. Nach 14 Tagen wird sie mit abermaligem Rückfall wieder aufgenommen.

R. Wichmann.

---

85) **C. Delprat** (Amsterdam): Contracture faciale bilatérale hystérique.
(Nouv. iconogr. de la Salp., 1. 1892.)

Bei einem 17jährigen hysterischen Mädchen trat im Anschluss an Zahnschmerzen eine doppelseitige Gesichtscontractur auf, die eine Reihe von Monaten unverändert bestehen blieb. In der rechten Gesichtshälfte waren hauptsächlich contrahirt musc. levator alae nasi et labii sup., musc. zygomaticus major, m. orbicularis orbitae; links sind im wesentlichen contrahirt m. levator menti, m. deprsssor labii inf. und der obere linke Theil des m. orbicularis oris. Wenn der Mund geöffnet wird, so wird die rechte Partie viel weiter geöffnet wie die linke. Die Contractur blieb auch im Schlafe bestehen. Die electrische Prüfung ergab durchaus normale Verhältnisse. Die Zunge wurde ganz frei bewegt. Solche beiderseitige Spasmen scheinen bisher fast gar nicht beobachtet zu sein; nur einen unsicheren Fall fand Verf. in der gesammten Literatur verzeichnet. Durch Suggestion ohne Hypnose und methodische Uebung wurde das Leiden nach mehrmonatlichem Bestehen allmählich beseitigt. Die Arbeit ist vorzüglich illustrirt.

Strauscheid.

---

86) **Paul Winge:** Infantile Neurosen.

E. Bull: To Tilfaelde af Hysteri hos Börn. (Zwei Fälle von Hysterie bei Kindern.)

L. Schibbye: Et Tilfaelde af infantil Hysteri med Lokalisation til Urinsfonen.

(Norsk Magazin for Laegevidenskaben 1892, VII. Bd., S. 1225, 1261 und 1265.)

Die in diesen Abhandlungen beschriebenen 7 Fälle von Hysterie bei Kindern sind von den Verfassern wesentlich in der Absicht mitgetheilt worden, den Beweis zu liefern, dass solche Fälle auch in Norwegen öfters vorkommen. In der norwegischen Literatur sind ausserdem nur ein Paar Fälle beschrieben. Was die Einzelheiten betrifft, muss auf die Krankengeschichten der Originale verwiesen werden. Namentlich die 4 Krankengeschichten Winge's sind mit grosser Ausführlichkeit geschildert. Im zweiten dieser Fälle (intensiver und andauernder Kopfschmerz mit Brechen und Krampfanfällen) ist es, wie auch der Verfasser hervorhebt, recht zweifelhaft, ob die Bezeichnung Hysterie (oder Neurose) zutrifft. Die, wie es scheint, vollständige Heilung kann wohl kaum eine organische Affection der Meningen oder des Cerebrum ausschliessen und der acute, fieberhafte, mit bedeutender Abmagerung verbundene Beginn der Krankheit dürfte vielleicht eher in diese Richtung deuten.

Koch (Kopenhagen).

---

87) **F. Jolly:** Ueber Hysterie bei Kindern. — Vortrag in der Hufelandschen Gesellschaft. 10. März 1892.
(Berl. klin. Wochenschr. 1892. Nr. 34.)

Der Inhalt des interessanten, auf reicher persönlicher Erfahrung des Verfassers beruhenden und durch viele casuistische Mittheilungen erläuterten Vortrages eignet sich nicht für eine auszugsweise Wiedergabe. Wir verweisen daher auf das lesenswerthe Original.

Hier möchten wir nur hervorheben, dass J. ebenso wie andere Autoren die sämmtlichen localen Erscheinungen der Hysterie: Anästhesien, Parästhesien, Contracturen, Lähmungen, Tremor, locale Krämpfe und die eigentlichen Geistesstörungen der hysterischen Kinder vielfach beobachtet hat.

Da die Hysterie somit lange vor der Geschlechtsreife unterschiedslos bei Knaben und Mädchen vorkommt, so ist jedenfalls zu folgern, dass diese Krankheit mit den Genitalien, speciell mit dem Uterus und den Ovarien, nichts zu thun hat.

Als das wesentlichste ätiologische Moment gilt dem Vortragenden die hereditäre Disposition. Auslösend wirken häufig (bei disponirten Kindern) die Einflüsse der Schule, ohne dass von einer eigentlichen Ueberbürdung gesprochen werden kann. Beachtenswerth sind die Bemerkungen des Vortragenden über die Bedeutung der Simulation im Kindesalter, welche er ungefähr in gleiche Linie mit den Lügen der Kinder stellt, aus der kindlichen Geistesanlage und aus der lebhaften Phantasie der Kinder erklärt; die natürliche Neigung der Kinder zur Lüge sowohl wie zur Simulation zeigt sich wieder bei krankhafter Anlage gesteigert.

Was das Wesen der Hysterie betrifft, so nimmt J. einen vermittelnden Standpunkt zwischen Charcot und Oppenheim ein. J. schliesst gerade aus seinen Erfahrungen bei hysterischen Kindern, dass neben dem psychischen Symptom der gesteigerten Einbildungskraft (Charcot) eine Veränderung der affectiven und reflectorischen Erregbarkeit (Oppenheim) die Grundlage der Hysterie bildet, dass aber wirklich hysterische Symptome und das ganze Krankheitsbild der Hysterie erst dann zu Stande kommen, wenn die Wirkung der Einbildungskraft zu den durch den körperlichen (nervösen) Zustand angeregten Symptomen in Beziehung tritt. Hoppe.

---

88) **Friedmann** (Mannheim): Ueber Nervosität und Psychosen im Kindesalter. (München. med. Wochenschrift, Nr. 21 u. 22.)

Das dieser Arbeit zu Grunde gelegte Material entstammt der eigenen Praxis des Verfassers. Es umfasst 115 Fälle von Nervenerkrankungen bei Kindern, darunter sind 66 functionelle Neurosen, 45 organische und periphere Erkrankungen, 4 Psychosen (ohne Idiotie). Nach einem Vergleich mit correspondirenden Zahlen bei Erwachsenen stellt sich heraus, dass bei Kindern 4 bis 5mal seltener als bei Erwachsenen eine nervöse Affection die Form der Psychose annimmt und dass die Erwachsenen zehnmal leichter psychisch erkranken als Kinder unter 15 Jahren. Was die ätiologischen Momente für die allgemeinen Neurosen bei Kindern betrifft, so war unter 70 Fällen 37mal das Vorhandensein einer Disposition bestätigt; acute fieberhafte Krankheiten figuriren in 8 Fällen, Ueberanstrengung in der Schule 9mal, 4mal bestand hier zugleich eine nervöse Anlage.

Indem Verf. des weiteren das Material gruppirt und einzelne interessante Krankengeschichten wiedergiebt, zeigt sich, dass die Neurasthenie im eigentlichen Sinne bei Kindern fehlt, indess bei ihnen die reizbare Schwäche in Gestalt der nervösen Disposition eine weitgreifende Ausdehnung erreicht. Häufig findet sich Chorea und die Hysterie tritt relativ oft und schwer auf. Was die psychisch nervösen Symptome betrifft, so ist das passagere Auftreten derselben häufig, während die chronischen Formen derselben sehr

selten sind. Aetiologisch hoch bedeutsam bei der nervösen Erkrankung der Kinder erweist sich die nervöse Anlage, deren klinischer Character als Erethismus und psychische Hyperästhesie aufzufassen ist. Als einen zweiten besonders hervorzuhebenden Zug bezeichnet F. die Tendenz zu sensomotorischen Krampf- und Lähmungserscheinungen, ein Verhalten, das schon von Maudsley als Convulsibilität bezeichnet und gewürdigt wurde.

Ascher.

89) Prof. **L. Hirt** (Breslau): Eine Epidemie von hysterischen Krämpfen in einer Dorfschule.

(Berl. klin. Wochenschr. 1892, Nr. 50.)

Als Seitenstück zu der von Palmer in Biberach beobachteten Schulepidemie (vgl. dies. Centralbl. Juli-Aug. 92) kann man die Epidemie betrachten, welche in der Dorfschule zu Gross-Tinz bei Liegnitz (Schlesien) im letzten Sommer nur bei Mädchen zum Ausbruch kam. Die erste Erkrankung begann am 28. Juni in der von Knaben und Mädchen besuchten Klasse, wo ein 10jähriges Mädchen ohne nachweisbare Ursache ein Zittern in der rechten Hand, welches allmählig auf die gesammte Körpermuskulatur überging und ca. eine halbe Stunde andauerte, bekam. Am nächsten Tage trat das Zittern in analoger Weise schon bei mehreren Mädchen auf, welche ganz getrennt sassen. Die Zitterattacken wiederholten sich täglich und dauerten immer länger. In den ersten Tagen des Juli wurde eins der zitternden Kinder von Krämpfen befallen. Obgleich dasselbe sofort aus der Klasse entfernt wurde, traten bald Krampfanfälle an bis daher gesunden Mädchen auf. Am 19. Juli betrug die Zahl der Erkrankten bereits 20. Die Krämpfe ergriffen die ganze Körpermuskulatur, die Mädchen stürzten unter die Bänke und mussten von den in der Klasse mitbefindlichen Knaben hinaustransportirt werden, wo die Krämpfe nach $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde verschwanden. Auf dem Höhepunkt der Epidemie verloren von den 20 erkrankten Mädchen 8 während der Krämpfe das Bewusstsein.

Besonders schwer waren die Erscheinungen bei zwei 12jährigen Mädchen, welche von den Arzte des Ortes, Dr. Lindner, dem Verfasser zugeschickt wurden und zur genaueren Erforschung der Epidemie Veranlassung gaben. Beide kamen Ende September mit einer so hochgradigen Parese beider Beine in die Behandlung, dass sie getragen werden mussten. Das erste Mädchen wurde seit Anf. August 3mal täglich zu bestimmter Stunde von gleichmässig verlaufenden Krampfanfällen befallen. Nach einem convulsivischen Zittern des Körpers wurden die Muskeln allmählig bretthart und unter beschleunigter und unregelmässiger Respiration traten bei völligem Verlust des Bewusstseins clonische und tonische Krämpfe auf (Schaum vor dem Munde). Dann wurde das Kind auf- und niedergeschleudert und es begannen Hallucinationen beängstigenden Inhalts (sie sah schwarze Männer, bat unter allen Zeichen der Furcht, sie zu schützen etc.) Nach $^1/_2$ Stunde endete der Anfall unter Schweissausbruch mit dem anfänglichen convulsivischen Zittern. Bei dem zweiten Mädchen traten die Anfälle zwar nur einmal täglich gegen Abend auf, dauerten aber 2—3 Stunden; sie waren im Uebrigen denen des ersten Kindes ziemlich analog. In der Hallucinationsperiode hatte sie besonders Furcht vor den Hunden und bellte und winselte

auch während der Anfälle wiederholt 2—3 Minuten lang wie ein Hund. Ausserhalb der Anfälle bestand bei beiden Mädchen völlige Enphorie, nur konnten sie nicht stehen und gehen.

Der Eintritt der Sommerferien (27 Juli) machte der Sache, nachdem bereits 38 Mädchen vorher dispensirt worden waren, ein vorläufiges Ende. Nach Wiederbeginn der Schule klagten nur noch mehrere Mädchen über so heftige Kopfschmerzen, dass sie nach Haus geschickt werden mussten. Während der Herbstferien schwanden aber auch die Kopfschmerzen ohne besondere ärztliche Hilfe und damit auch die letzten Erscheinungen der Epidemie.

Bezüglich des ätiologischen Moments ist H. nur in der Lage, auf die im Juni herrschende grosse Hitze hinzuweisen. Die erste Erkrankung fiel auf einen unerträglich heissen Tag. Das Alter der befallenen Mädchen variirte zwischen dem 5. und 12. Jahre.

Was die Behandlung betrifft, so erwies sich vorzugsweise eine psychische Therapie (Suggestion, dass die verabreichten Brompräparate alle weiteren Erscheinungen unterdrücken würden) von Erfolg. Bei den beiden obenerwähnten Mädchen hatte die Suggestion in der Hypnose (H. führte nur den zweiten der von Forel aufgestellten Grade der Hypnose „Charme" herbei) die augenscheinlichsten Erfolge. Beim ersten Mädchen waren nach der ersten Hypnose alle Erscheinungen wie mit einem Schlage geschwunden, bei dem zweiten traten nur noch zwei kurze und wenig intensive Anfälle auf, worauf das Kind keine Erscheinungen mehr bot. Aehnliche Erfolge erreichte H. bei einem dritten nicht so stark afficirten Mädchen.

Hoppe.

---

90) **J. O. Affleck**: Hysterical pyrexia.

(Edinburgh med. Journal. August 1892.)

Die 27jährige Patientin war dem Verf. schon längere Zeit als Hysterica bekannt. Bei der jetzigen Aufnahme in's Hospital hatte sie Fieber über 39 Grad und eine trockene belegte Zunge, machte jedoch nicht den Eindruck einer Schwerkranken. Trotz wiederholter sorgfältiger Untersuchung konnte eine Ursache für das Fieber nicht festgestellt werden. Dasselbe war intermittirend; Morgens meist höher als Abends. Antipyretica waren unwirksam. Der Puls betrug gewöhnlich 100. Beschleunigte Respiration. Dieser Zustand hielt fast unverändert viele Wochen an. Die Temperaturen wurden theils zwei, theils viermal am Tage unter allen Cautelen bestimmt. Simulation lag nicht vor. Der Appetit war gut. Die Nahrung war leicht, aber reichlich. Pat. nahm unbeschadet der dauernden Temperatursteigerungen beträchtlich an Gewicht zu. In Hinsicht auf die Anamnese bei dem Mangel jeder Ursache für das atypische Fieber, dem guten Allgemeinbefinden musste die Diagnose hysterisches Fieber gestellt werden. Die Ther. war eine tonisirende und hatte den Erfolg, dass zur Zeit der Publication dieses Aufsatzes das Fieber zwar noch nicht gänzlich geschwunden war, aber doch bedeutend abgenommen hatte. — Verf. unterscheidet im Allgemeinen zwei Arten von hysterischem Fieber. Bei der einen ist das Fieber das einzige Symptom, bei der anderen häufigeren bestehen scheinbar Anzeichen einer schweren Allgemeinerkrankung, Typhus, Meningitis, Peritonitis. Es handelt sich bei

der hysterischen Pyrexia nicht um ein wahres, reactives Fieber, sondern um eine Steigerung der Normaltemperatur, die durch eine functionelle Störung entweder des fiebererregenden oder fieberhemmenden Centrums veranlasst ist.

Bielschowsky.

---

91) **Janet**: La suggestion chez les hystériques.

(Arch. de Neurol. 1892, Nr. 72.)

Ein einfacher sinnlicher Begriff entsteht aus dem Zusammenfassen einer Reihe von Einzelvorstellungen. Der normale erwachsene Mensch wird durch das Auftauchen zahlreicher Partialvorstellungen nicht gestört, erst ihre Resultate löst event. anderweitige Vorstellungen, Bewegungsimpulse etc. aus. Bei Hysterischen hingegen können diese Elemente eines Begriffs eine weit grössere Bedeutung erlangen; jede Partialvorstellung kann ihrerseits andere Vorstellungen auslösen und die eine oder andere derselben kann sogar soweit das Uebergewicht gewinnen, dass der weitere Vorstellungsverlauf ganz von ihr beherrscht wird. Das Phänomen der Suggestion besteht nun nach J. darin, dass alle einen Begriff zusammensetzenden Einzelvorstellungen automatisch hervorgerufen werden, unabhängig von der Willensthätigkeit oder zufälligen äusseren Umständen. Die Suggestion in diesem Sinne gelingt nicht bei allen Menschen, es ist vielmehr nothwendige Voraussetzung, dass die Willensthätigkeit beträchtlich zerstört ist, dass „aboulie" besteht. Diese findet sich besonders bei Hysterie. Der Abulische ist ausser Stande, bewusst irgend etwas Neues zu schaffen, er besitzt aber die Fähigkeit, bewusst altgewohnte Thätigkeit auszuüben und er kann schliesslich auch unbewusst alle, selbst für ihn neue Handlungen ausführen, ohne sie mit seiner eigenen Persönlichkeit in Verbindung zu bringen. Alle suggerirten Handlungen sind in gewissem Sinne unpersönliche, sie geschehen ohne bewussten Zweck, ohne Verständniss für die begleitenden Umstände. Selbst eine bizarre, fremdartige Idee, deren Unsinnigkeit dem Individuum im ersten Augenblick noch klar ist, findet an der verminderten Willensfähigkeit und an dem geringen Umfang des Bewusstseins der eigenen Persönlichkeit einen so geringen Widerstand, dass antagonistische Vorstellungen kaum auftauchen und sehr bald sämmtliche Einzelvorstellungen der suggerirten Idee das Feld behaupten. — Bessert sich der hysterische Zustand, so nimmt die Suggestibilität des Kranken ab. — Bezüglich der genaueren Ausführung und Begründung vorstehender Sätze muss auf das Original verwiesen werden, das auch noch eine Reihe von interessanten Krankenbeobachtungen enthält.

Falkenberg-Dalldorf.

---

92) **Cousot**: De la nature de l'hystérie.

(Bulletin de la société de médecin mentale de Belgique 1892, mars.)

Trotz der klassischen Arbeiten Charcot's über die Hysterie ist die richtige Auffassung dieser Neurose noch nicht Allgemeingut der Aerzte. Die Hysterie ist eine hereditäre Affection, die in einer allgemeinen functionellen Störung der centralen Nervenelemente besteht. Moralische und traumatische Einwirkungen, sowie Intoxicationen sind Gelegenheitsursachen für den Ausbruch der Hysterie. Beim weiblichen Geschlecht spielen die

ersteren die Hauptrolle, beim männlichen die physischen. Die Auffassung, dass das Wesen der Hysterie in einer besonderen Schlechtigkeit des Characters bestände, ist eine irrige; denn die bei Hysterischen häufig beobachteten Störungen oder Perversitäten des moralischen Gefühls sind nicht Symptome der Hysterie, sondern Zeichen einer psychischen Degenerescenz, die sich naturgemäss häufig mit Hysterie associirt, da beide Zustände eine hereditär bedingte Minderwerthigkeit darstellen.

Verf. sucht nun einige hysterische Symptome nach seiner Theorie zu analysiren. Die Anästhesie z. B., welche den Patienten selbst meist unbekannt ist, besteht in einem Ausfall der Perception, denn da die Reflexe vorhanden und sogar gesteigert sind, ist eine Störung der Empfindung und Leitung auszuschliessen; der Reiz wird richtig fortgepflanzt, erreicht jedoch nicht die Schwelle des Bewusstseins. Auf gleiche Weise erklärt er die hysterische Taubheit. Die Contracturen, Krampferscheinungen, hysterischen Anfälle, auch die leicht auftretenden Störungen des psychischen Gleichgewichts erklärt er durch die erleichterte Aufnahme und Ausbreitung des Reizes, welche durch eine Störung in der Function der Nervenzellen zu Stande kommt. Diese leichte Erregbarkeit des Nervensystems soll auch die Aufnahme der Suggestion erleichtern und so die erhöhte Suggestibilität der Hysterischen erklären. Welcher Art die Affection der Nervenzellen ist, die diese Functionsstörung bewirkt, ist bis jetzt noch völlig unbekannt.

Lehmann (Werneck).

---

93) **E. Mesnet:** Somnambulisme spontané dans ses rapports avec l'hystérie.
(Arch. de Neurol. 1892, Mai.)

M. theilt die Geschichte einer schon 1872 beobachteten Kranken mit, bei der im Alter von 16 Jahren zunächst hysterische Symptome (Sensibilitätsstörungen etc., aber keine Krämpfe), bald darauf aber theils schwere somnambule, theils lethargische Zustände auftraten. Heilung erfolgte schnell durch psychische Suggestion. Cataleptische, lethargische und somnambule Zustände stehen in engster Beziehung zu einander und zu der Hysterie.

Falkenberg-Dalldorf.

---

94) Épilepsie ancienne d'origine traumatique (fracture du crâne). Trépanation par **Maunourie** et **Camuset**.
(Arch. de Neurol., Juillet 1892.)

23jähriger, erblich nicht belasteter Mann, im Alter von 8 Monaten 1. Krampfanfall, dann Pause bis zum 14. Jahre; damals Kopfverletzung durch Hufschlag, 3 Monate später wieder Krämpfe, die seitdem ziemlich oft wiederkehren. Keine Aura, stets gleichseitige Zuckungen, kein Ueberwiegen der rechten oder linken Seite bei den Convulsionen. Jetzt, 9 Jahre post trauma schon deutliche geistige Schwäche. An der l. Kopfhälfte, ungefähr dem hinteren Theil der beiden ersten Stirnwindungen und dem oberen Theil der vorderen Centralwindung entsprechend, eine ca. 10 cm lange, auf Druck schmerzhafte lineare Hautnarbe, darunter eine entsprechende Knochennarbe. Trepanation an dieser Stelle. Entfernung eines verdickten Knochenstücks, Dura mater gänzlich intact. Wundheilung durch hohes Fieber gestört. Völliger Misserfolg. Anfälle unverändert häufig. — Langes Bestehen der

Anfälle und beginnender Schwachsinn sind Contraindicationen für operative Behandlung. Falkenberg-Dalldorf.

---

95) **Ch. Féré:** Note sur l'asphyxie locale des extrémités chez les épileptiques et en particulier sur un cas d'asphyxie disséminée.
(Nouv. iconographie de la Salp. 5, 1891.)

Bekanntlich leiden Epileptiker oft an localer Asphyxie der Spitzen der Hände, Füsse, Ohren, Nase, welche bläulich, manchmal etwas verdickt und stets kalt sind. In der Regel geht diese Asphyxie nicht über die Basis der Zehen oder über das Handgelenk hinaus. Der Zustand nimmt in der Kälte zu und scheint eine Neigung zu Erfrierungen zu schaffen.

Bei einem 46jährigen Kellner, der im 41. Jahre ohne bekannte Ursache an Epilepsie mit seltenen Anfällen erkrankt war, beobachtete F. kleine asphyctische Hautpartien über die gesammte Körperoberfläche ohne irgend welche Ausnahme vertheilt; die zahllosen bläulichen Flecke auf weissem Grunde liessen die gesammte Haut wie marmorirt erscheinen. Die cyanotischen Stellen zeigten eine abgestumpfte Sensibilität und eine ca. 1 Grad niedrigere Temperatur wie die benachbarten gesunden Hautpartien. Während der Sommerhitze verblasste die bläuliche Färbung der Flecken beträchtlich. Auffallend war, dass, wie der Kranke von seinen früheren Lebensjahren angab und wie es während eines einjährigen Anstaltsaufenthalts nachgewiesen werden konnte, nur während der kalten Wintermonate epileptische Anfälle auftraten, nie während der wärmeren Jahreszeit. Es könnte dieser Fall wohl als Stütze für die angioneurotische oder sympathische Theorie der Epilepsie angeführt werden. Eine ähnliche Beziehung zwischen Epilepsie und Jahreszeit hat F. bei anderen Epileptikern, die auf die Extremitäten beschränkte Hautasphyxie zeigten, nicht beobachtet. Obiger Patient vertrug keinerlei antiepileptische Arzneien.

Strauscheid.

---

96) **Ch. Féré:** Note sur une anomalie musculaire unilatérale chez un épileptique, dont les convulsions prédominent du coté de l'anomalie.
(Nouv. iconogr. de la Salp., 6. 1891.)

Bei einem im Status epilepticus gestorbenen 35jährigen Schuster, dessen Anfälle in der Regel im rechten Arme begonnen hatten und öfters eine Schwäche der rechten Körperseite zurückgelassen hatten, fand man post mortem die Meningen über der Frontoparietalgegend beiderseits verdickt und milchig getrübt; besonders links war die Pia mit der Hirnrinde fest verwachsen, so dass beim Abziehen kleine Corticalstücke mit abgelöst wurden. Das linke Cornu Ammonis war entschieden härter als das rechte. Die microscopische Untersuchung zeigte, dass die Sclerose in beiden Hemisphären ziemlich gleich weit vorgeschritten war. Der rechte musculus pectoralis major bestand aus drei durch Fettgewebe von einander getrennten kleinen Muskelbündeln, deren Ansätze nur bis zum oberen Rande der vierten Rippe reichten. Der pectoralis minor fehlte rechts vollständig; links waren diese Verhältnisse ganz normal.

Verf. macht darauf aufmerksam, wie in diesem Falle eine chirurgische Intervention, die sich etwa auf die am rechten Arme beobachteten Er-

scheinungen gestützt hätte, hätte ergebnisslos bleiben müssen und dass das häufige Vorkommen von diffusen Erkrankungen, die mehr oder weniger localisirte Symptome machen, zur grössten Vorsicht gegenüber chirurgischen Massnahmen mahne.

Die Coexistenz der überwiegenden Läsionen der linken Hemisphäre und der Anomalien der Muskelentwicklung auf der entgegengesetzten Seite scheine zu Gunsten einer Entwickelungsstörung zu sprechen, die auf eine sehr frühe Epoche zurückreiche.

Strauscheid.

---

97) **Victor Horsley**: An address on the origin and seat of epileptic Disturbance.

(The Brit. medic. Journ, 2. April 1892, pag. 693.)

In einem Vortrage, welchen V. H. vor der Cardiff medical Society über Epilepsie hielt, fasst derselbe am Schluss seine Ansichten in folgenden kurzen Worten zusammen: Welches auch die Stelle sein mag, die das epileptogene „Virus" zuerst afficirt, jedenfalls sind der Hauptsitz der Störung des allgemeinen oder idiopathischen Krampfes die Grosshirnhemisphären und besonders ihre Rindenregion. Der Zustand der Hirnrinde während des Anfalls ist der einer Congestion und nicht einer Anämie. In aller Wahrscheinlichkeit ist dieser Theil des Hirns auch die Stelle des Ursprungs der epileptischen Störung. Wichmann.

---

98) **W. Browning** (Brooklin): Inequality of the pupils in epileptics, with a note on latent anisocoria.

(The journal of nerv. and ment. disease. Jan. 1892.)

Verf. untersuchte die Pupillen von 150 Epileptikern und fand eine Ungleichheit derselben in 16 Fällen. Beträchtlich war dieselbe nur in 3 Fällen mit einseitigen Symptomen. Schwach und oft nur bei genauerer Betrachtung zu erkennen, aber doch constant war die Ungleichheit bei 10 Fällen. In 3 Fällen bestand latente Anisocorie, d. h. nur bei schwacher Beleuchtung war eine Ungleichheit vorhanden, während bei starker Beleuchtung sich die Pupillen auf gleiche Weite contrahirten.

Unter den genau untersuchten 50 zuletzt aufgenommenen Epileptikern waren von den genannten 16 Fällen 8, was einem Procentsatz von 16 gleichkäme. Strauscheid.

---

99) **J. Voisin** et **A. Péron**: Recherches sur l'albuminurie post- paroxystique chez les épileptiques.

(Arch. de Neurol. 1892. Mai.)

Verf. prüften systematisch den Harn von Epileptikern auf Eiweiss mittelst der gewöhnlichen Kochprobe (Ansäuern mit 1 Tropfen Essigsäure und Erhitzen bis zum Kochen), indem sie zu ihrer Untersuchung den gleich nach dem Anfall gelassenen Urin und den innerhalb der nächsten 4 Stunden in stündlichen Zwischenräumen entleerten Urin benutzten. Sie kommen zu dem Resultat, dass in der Hälfte der Fälle post-paroxysmale Albuminurie sich findet, gleichgültig, ob ein oder mehrere Krampfanfälle vorhergegangen sind. Bei gehäuften Anfällen wird man vielleicht noch mehr positive Be-

funde erheben können. In der Regel tritt bei denselben Kranken auch nach jedem Anfall wieder Albumen im Harn auf, wenn auch die jedesmal ausgeschiedene Menge eine sehr wechselnde ist. Innerhalb der ersten zwei Stunden nach dem Anfall wird die grösste Menge Eiweiss ausgeschieden, in den späteren Proben finden sich nur noch Spuren oder gar nichts von Eiweiss. Ausser der Zeit der Anfälle fanden sich unter 40 Kranken bei 2 Spuren von Eiweiss; beide schieden nach den Anfällen weit beträchtlichere Mengen aus. Das Zustandekommen der Albuminurie erscheint abhängig von 2 Factoren: von einer individuell verschiedenen Disposition der Nieren zur Eiweissfiltration und von der Intensität der mit den Anfällen einhergehenden allgemeinen vasomotorischen Störung. Als Massstab für letztere kann die Cyanose des Gesichts dienen. Je stärker diese ist, um so stärker wird auch die (sei es auf Lähmung der Vasoconstrictoren oder auf Reizung der Vasodilatatoren beruhende) Erweiterung der Nierengefässe sein und um so beträchtlicher die Menge des ausgeschiedenen Eiweisses. Der Status epilepticus scheint stets mit Albuminurie einherzugehen. Ueber das Verhalten des Harns nach epileptischen Schwindelanfällen und bei epileptischen Verwirrtheitszuständen sind die Verf. noch zu keinem sicheren Resultate gekommen. Falkenberg-Dalldorf.

---

100) **C. Gerhardt**: Ueber Erythromelalgie.
H. Senator: Ueber Erythromelalgie.
M. Bernhard: Ein Fall von Erythromelalgie.
Vorträge und Krankenvorstellungen in der Gesellschaft der Charité-Aerzte am 30. Juni 1892.
(Berlin. klin. Wochenschrift 1892, Nr. 45.)

Der Fall von Gerhardt betrifft eine 42jährige Schneiderin, welche, von brustkranken Eltern stammend, von jeher schwächlich (als Kind rhachitisch), erst im 18. Lebensjahre ihre menses bekam und seitdem stark an Erbrechen, Kopfschmerz, Schwindel bis zu Ohnmachtsanfällen und Herzklopfen gelitten hat. In der Nacht des 21. März bekam sie plötzlich überwältigend heftige Schmerzen an Händen und Füssen, zugleich mit einer auffälligen Röthe an Fingern und Zehen (nur der linke Daumen blieb frei). Berührung dieser Theile war der Kranken äusserst unangenehm, selbst das Schneiden der Nägel machte ihr heftige Schmerzen. Durch das Eintauchen der Hände in kaltes Wasser wurden die Schmerzen geringer. Alle therapeutischen Versuche, die gemacht wurden, blieben ohne wesentlichen Einfluss. Nur Morphiumeinspritzungen und Antipyrin schafften Linderung der anfallsweise auftretenden Schmerzen. Ende Mai wurde bei einem heftigen Schmerzanfall zum ersten Male auch der linke Daumen roth und als nach mehrwöchentlicher Besserung vor kurzem wieder eine Steigerung der Beschwerden erfolgte, traten auch Schmerzen in der Zunge und zeitweilig auch recht bedeutende Sprachbehinderungen auf.

Bei der Vorstellung, wo die Schmerzen wieder nachgelassen hatten, zeigten sich die Nagelglieder etwas verdickt und die Fingerbeere, welche verhältnissmässig am stärksten verdickt ist, ein wechselnd rothes Aussehen (Anschwellung der Venen). Kalt und warm wurde an den Fingern erst nach längerer Berührung empfunden, während feine Berührungen an

der Sohle und an der Unterseite der Zehen stellenweise nicht gefühlt wurden.

Der von Senator vorgestellte Patient ist ein 44jähriger Postschaffner, welcher bis dahin nicht erheblich krank, September 90 ohne bekannte Veranlassung plötzlich mit reissenden Schmerzen in den Armen (besonders im linken) erkrankte. Dazu trat bald eine Röthe an der Rückenfläche der linken Hand, welche sich von den ersten Phalangealgelenken des 2. bis 4. Fingers nach dem Handrücken ausbreitete, unter Schmerzen die Gegend des linken Ellenbogens, dann allmählig den linken und den rechten Daumen ergriff und nach mehreren Wochen auch die Knöchelgegend beider Füsse befiel. Ausser dem Brennen an den gerötheten Stellen bestand auch ein eigenthümliches Schwächegefühl und Taubheit in den Armen. Auf einigen der gerötheten Stellen an den Händen bildeten sich röthliche Knötchen. Da ihm selbst leise Berührung der gerötheten Stellen, namentlich der Knöchel, im höchsten Grade unangenehm und sogar schmerzhaft war — selbst der Druck der Bettdecke verursachte ihm Schmerzen —, so musste er, weil ihm das Gehen beschwerlich wurde, den Dienst aufgeben. Die Schmerzen hörten allmählig auf, während die Röthung in wechselnder Stärke bestehen blieb und namentlich während zweier Sommer stärker auftrat, zugleich mit stärkerer Turgescenz in den Händen.

Der Fall, den Bernhardt vorstellte, betrifft ein 50jähriges Fräulein, welches bereits vor 5 Jahren wegen heftiger Schmerzen und Röthung der Hände in seine Behandlung kam, nachdem sie schon Monate lang an Schmerzen und Schwellungen in den Füssen gelitten hatte. Die Röthe, welche an der Vorderseite der Hände etwas ausgeprägter ist als an der Dorsalseite und mit Schwellung der Theile verbunden ist, ist nicht zu allen Zeiten gleich intensiv, ebenso wie die Schmerzen, die zeitweise aufhören, dann wieder als Ziehen und Kriebeln beginnen, sich bald bis zur ausgesprochenen Schmerzhaftigkeit steigern und den Arm entlang bis zum Hals und Nacken hinaufziehen. Bei windigem Wetter steigern sich die Beschwerden und Kälte wird schlecht vertragen. Hände und Arme sind sehr druckempfindlich, wesentliche Sensibilitätsstörungen sind aber nicht vorhanden.

Nach den von Gerhardt und Senator im Anschluss an die Vorstellung ihrer Fälle gemachten Bemerkungen sind bis jetzt im Ganzen ungefähr zwei Dutzend Fälle dieser zuerst von Weir-Mitchell beschriebenen Krankheit bekannt geworden. In der deutschen Literatur existirte bisher nur einer, von Seeligmüller in seinem Lehrbuch mitgetheilter Fall. Nach Gerhardt gehört die Affection in die grosse Gruppe von Krankheiten, welche Schultze in Bonn als Acroparästhesien bezeichnet. Von diesen kann man drei Hauptformen unterscheiden: Die erste ist diejenige, welche unter plötzlich eintretender Blässe und Blutarmuth der Theile Schmerzen in den Fingern und Zehen verursacht (die angiospastische Form, Nothnagel); eine zweite, wo bei weiblichen Personen, die sich sehr viel mit Handarbeiten beschäftigt haben, in den klimakterischen Jahren ohne Röthe oder Blässe plötzlich Schmerzen in den Fingern und Zehen auftreten (Bernhardt); die dritte Hauptform, die Erythromelalgie, welche unter angioparalytischen Erscheinungen auftritt, ist die seltenste. Senator rechnet sie mit den meisten Autoren klinisch zu den vasomotorischen Neurosen, während er sie anatomisch als chronische Hyperämie, als Erythem bezeichnet. Ob nun die

Centren des vasomotorischen Systems erkrankt sind, wofür die symmetrische Ausbreitung in einer Reihe von Fällen spricht, oder ob es sich um eine peripherische Vasoneurose handelt, was Lannois annimmt, lässt sich vorläufig noch nicht sicher entscheiden.

Senator setzt die Erythromelalgie noch in Vergleich mit der von Raynaud beschriebenen Angioneurose der symmetrisch-localen Asphyxie der Extremitäten, von welcher sie das gerade Gegenstück bildet. Während die Raynaud'sche Krankheit vorzugsweise Weiber befällt, kommt die Erythromelalgie vorzugsweise bei Männern vor (unter 20 Fällen 15 Männer).

Hoppe.

---

101) **H. Bauke** (Sonneberg i. Thür.): Zur Aetiologie des „acuten angioneurotischen" oder umschriebenen Hautoedems.

(Berl. klin. Wochenschr. 1892, Nr. 6.)

Von dieser Affection, welche in plötzlich auftretenden und verschwindenden, meist örtlich begrenzten und wechselnd localisirten Anschwellungen der Haut besteht, beschreibt B. 2 Fälle, um den neurotischen Character derselben klar zu legen.

Der erste Fall betrifft ein 38jähriges Fräulein, welches, von Vaters- und Muttersseite erblich belastet, seit 3 Jahren unter ausgesprochenen hysterischen Erscheinungen (Neuralgieen der verschiedensten Art, nervöse Magen- und Verdauungsbeschwerden, Herzklopfen, vasomotorische Störungen, grosse Erregbarkeit, Stimmungswechsel, Präcordialangst) in die Wasserheilanstalt des Verf. trat und besonders seit einem Influenzaanfall im Jahre 1889 an verschiedenen Stellen der rechten Körperhälfte ganz plötzlich auftretende Anschwellungen der Haut bekam. Die Schwellungen der Haut, meist handtellergross, 2—3 cm über die Haut erhaben, treten am häufigsten an Hals und Nacken, öfters auch an der Seite und am Oberarm, selten am Fuss auf und zwar in der Regel nach geistiger Arbeit, nach Aufregung, am heftigsten nach Aerger und Schreck (wobei die rechte Gesichtshälfte besonders betroffen ist). Sie bestehen manchmal nur Stunden, anderemal mehrere Tage und darüber. Gemüthliche Erregungen bringen die Schwellungen manchmal auch zum Schwinden. — Nach jahrelangem Bestehen der Erscheinungen besserten sich dieselben durch Behandlung unter Abnahme der Nervosität, während sie bei Verschlimmerung derselben sofort wieder heftiger auftraten.

2. Fall. Bei einem 40jährigen erblich belasteten ausgesprochenen Neurastheniker (Kopfdruck, Schwindel, Ohrensausen, Schlaflosigkeit, Rückenschmerzen, multiple Neuralgien; nervöse Reizbarkeit, grosse Aengstlichkeit, Hypochondrie) treten die Schwellungen meist ganz plötzlich, entweder ohne jede Ursache auf oder sie entwickeln sich deutlich im Anschluss an psychische Erregungen der verschiedensten Art, verschwinden oft schnell wieder, halten manchmal aber auch längere Zeit an. Die nicht ganz handtellergrossen Schwellungen zeigen sich am häufigsten an den Extremitäten (besonders am rechten Arm) in der Umgebung der Gelenke.

Durch allgemeine Behandlung der Neurasthenie (roborirendes Regime, psychische Einwirkung) gelang es, die Attaken erheblich abzukürzen und bis auf geringe Resterscheinungen zu bekämpfen. —

Für die nervöse Natur dieser Hautaffection (central bedingte vasomotorische Neurose) sprechen nach B. folgende aus der Betrachtung dieser und der in der Literatur vorhandenen Fälle sich ergebenden Punkte:

1. In der Mehrzahl der Fälle werden Nervenkranke resp. Patienten mit leicht erregbarem, widerstandsunfähigem Nervensystem betroffen.

2. Die Erblichkeit der Affection sowohl, wie der nervösen Beschwerden, welche des öfteren nachgewiesen wurde.

3. Auftreten der Hautschwellungen in Folge von Gemüthserregungen.

4. Auftreten nach Schädigungen, die erfahrungsgemäss das Centralnervensystem in erster Linie treffen (z. B. des Alcoholismus).

5. Zusammen- resp. gleichzeitiges Vorkommen mit anderen nervösen Beschwerden (Neuralgien, Contracturen, Sensationen, nervöse Verdauungsbeschwerden).

6. Zusammenvorkommen mit anderen vasomotorischen Neurosen, wie Morbus Basedowii, Urticaria).

7. Halbseitiges Auftreten der Schwellungen.

8. Das Vorkommen zu Zeiten, welche das Auftreten resp. Verschlimmerungen nervöser Erscheinungen begünstigen (Menses, Climacterium).

9. Besserung bezw. Aufhören der Beschwerden zugleich mit der Besserung der nervösen Erkrankung, des psychischen Befindens und der Kräftigung und Beruhigung des Centralnervensystems.

Hoppe (Allenberg).

---

102) **Edvard Forssberg**: Om Avinckes „akuta circumskripta ödem“. (Hygiea 1892, S. 14.)

58jährige Frau, welche früher immer gesund war, wurde August 1890 von einem Insect auf den rechten Handrücken gestochen. Am folgenden Tage zeigte sich der Arm bis an den Ellenbogen geschwollen, am dritten Tage bis an die Schulter. Gleichzeitig fühlte sie etwas Schwindel und allgemeines Unwohlsein, nach einigen Tagen war sie aber wieder vollkommen hergestellt. Nach 21 Tagen bekam sie einen neuen Anfall von Oedem in der Regio hypogastrica, welches wieder in wenigen Tagen verschwand. Seit dieser Zeit stellten sich ungefähr alle 14 Tage ähnliche Anfälle ein mit ungleicher Intensität und mit sehr wechselndem Sitze. Beide Arme und Crura (doch nie symmetrisch), der Hals, das Kinn und das Gesicht konnten von dem Oedem befallen werden. Die Haut war dann äusserst gespannt und geschwollen, von durchscheinender, weisslicher Farbe, hart und wenig nachgiebig für Druck, gar nicht empfindlich, mit ganz allmählichem Uebergang in die gesunde Haut der Umgebung. Mitunter bildeten sich auf den ödematösen Stellen kleine Blasen von Erbsen- bis Bohnengrösse mit serösem Inhalt. Einmal wurde gleichzeitig das Gesicht, der Hals, die Zunge und der Kehlkopf von dem Oedem befallen, wodurch eine bedeutende Dyspnoe verursacht wurde, so dass Verf. auf die Nothwendigkeit einer Tracheotomie vorbereitet war. Im Laufe von ein paar Stunden war jedoch das Larynxödem geschwunden und am nächsten Tage war die Patientin wieder vollkommen frisch. Im Laufe des folgenden Frühjahrs und Sommers stellten sich die Anfälle seltener ein und waren im Ganzen weniger ausgesprochen.

Von dieser seltenen Krankheit hat Verf. in der Literatur 20—25 Fälle gefunden. In den Handbüchern wird sie nur ganz kurz und öfters recht ungenau beschrieben. Die Dauer der Krankheit kann sich über einen Zeitraum von 8—10 Wochen bis zu 45 Jahren erstrecken. Der freie Zwischenraum zwischen den Anfällen ist gewöhnlich 2—3 Wochen, kann sich aber bis auf 2 Jahre ausdehnen. Der Anfall selbst dauert gewöhnlich ein paar Tage, mitunter nur einige Stunden. Auch die Schleimhaut des Magens kann angegriffen werden. Die Körpertemperatur ist normal, die Urinmenge während des Anfalles gewöhnlich vermindert. Das Auftreten ist immer periodisch und in den freien Zwischenräumen ist der Kranke vollkommen frisch. Die Bezeichnungen „akut“ und „circumskript“ sind, wie aus dem Gesagten hervorgeht, wenig zutreffend. Besser wäre es, die Krankheit periodisches vasomotorisches Oedem zu nennen. Bei der schon bestehenden Namenverwirrung scheint es dem Verf. jedoch bedenklich, wieder einen neuen Namen vorzuschlagen.

Koch (Kopenhagen).

---

103) **P. Kronthal** und **S. Kalischer**: Ein Fall von progressiver Chorea (hereditaria, Huntington) mit pathologischem Befunde.
(Neurol. Centralbl., Nr. 19 u. 20.)

Sehr ausfürliche Beschreibung eines (in Serien geschnittenen) Gehirns von einer seit vielen Jahren an Chorea leidenden Frau, welche in Folge eines Falles auf den Hinterkopf gestorben war. Abgesehen von den Veränderungen, welche auf die Basisfractur zurückzuführen waren, wurden gefunden: Verwachsungen der Hirnhäute mit einander, mit dem Schädel und der Hirnoberfläche, erhebliche, stellenweise schwartige Verdickungen der gefässreichen Pia, geringe Atrophie des Stirnhirns, Reichthum an starken, theils verdickten Gefässen in der Rinde mit kleinzelliger Infiltration, Lücken und Hohlräume in den Linsenkernen mit Hämorrhagien und Pigmentbildung um die verdickten Gefässe, Blutung im Gebiete der austretenden Oculomotoriusfasern, fleckweise Degeneration in beiden Hirnschenkeln, sclerotische Stellen im centralen Höhlengrau in der Höhe der Vierhügel und unterhalb derselben, mangelhafte Entwicklung des einen rothen Haubenkernes, einseitige leichte Degeneration des Facialis-, des Hypoglossuskernes, der aufsteigenden Trigeminuswurzeln, des Nucleus funiculi teretis, diffuse Degeneration der Pyramidenbahnen im Hirnstamme, leichteren Grades in den Seiten- und Vordersträngen des ganzen Rückenmarkes bis zum oberen Lendenmark, theilweise Degeneration der inneren Partie der Goll'schen Stränge, leichte Degeneration der Vorderhornzellen, der Zellen der Clark'schen Säule und der vorderen Rückenmarkswurzeln, Degeneration in der Commissur des mittleren Dorsalmarkes, leichteste Degeneration in den peripheren Nerven und schliesslich Mangel an chromatogener Substanz in den Ganglienzellen der Hirnrinde.

Bei sorgfältiger Vergleichung mit den pathologischen Befunden der in der Literatur mitgetheilten Fälle, welche bald diese, bald jene der im vorliegenden Falle gefundenen Veränderungen aufweisen, während einzelne derselben bisher noch nicht beschrieben sind, kommen die Verfasser zu dem Schluss, dass vorläufig noch keine Berechtigung vorliegt, eine der angeführten pathologischen Veränderungen des Nervensystems als Ursache der Chorea

anzusehen und dass nur die genaueste histologische Untersuchung weiterer Fälle eine Klärung herbeiführen kann. Hoppe.

---

104) **E. A. Homen** (Helsingfors): Ein Fall von combinirter Muskelatrophie mit eigenthümlicher Aetiologie.

(Neurol. Centralbl. 1892, Nr. 50.)

Ein 27jähriger Mann erlitt dadurch, dass er auf dem rechten Arm ruhend eingeschlafen war, eine rechtsseitige Radialislähmung, welche sich nach einer Woche so weit besserte, dass Patient wieder einige Extensionsbewegungen machen konnte. Einige Monate darauf bemerkte er, dass die rechte Hand zu vertrocknen anfing und die Finger etwas steifer wurden. Nach einem Jahr war die Atrophie bis zu den Schultern vorgeschritten, ein halbes Jahr später fingen auch die Muskeln der linken Hand an zu vertrocknen und die Finger derselben steif und schwächer zu werden.

Bei der Untersuchung zeigte sich eine hochgradige Atrophie der Muskeln des rechten Armes, welche nach der Schulter zu geringer wurde; ähnlich, aber weit weniger vorgeschritten war die Atrophie am linken Arm. Je nach der Stärke der Atrophie in den verschiedenen Muskeln war die electrische und faradische Erregbarkeit derselben mehr oder weniger herabgesetzt.

Wie der Fall klinisch als eine Combination spinaler progressiver Atrophie und der humero-scapularen Dystrophia muscularis progressiva zu betrachten war und pathologisch auf einen poliomyelitischen Process zurückgeführt werden musste, welcher seinerseits durch die Fortleitung der Reizung vom lädirten Radialis auf das Rückenmark erklärt werden musste (cfr. die Untersuchungen von Darkschewitsch und Redlich), so ergab auch die microscopische Untersuchung excidirter Muskelstücke aus den verschieden bedingten Atrophien eine gewisse Uebereinstimmung in den pathologischen Processen. Wenn auch die Structur im Musculus pectoralis major sich dem Bilde der Dystrophie näherte, so kommen doch auch bei den übrigen Muskeln neben den typischen atrophischen Veränderungen andere, wenn auch weniger bedeutende vor, welche vorzugsweise als Kennzeichen der Dystrophie anzusehen sind. Hoppe.

---

105) **E. Hitzig**: Morphium-Abstinenzerscheinungen und Magen. Vortrag in der Berl. Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 14. November 1892.

(Berl klin. Wochenschr. 1892, Nr. 49.)

H. hatte aus der Beobachtung, dass ein Hund, welcher das Erbrochene eines anderen durch Morphiuminjection narcotisirten Hundes auffrass, bald darauf ebenfalls erbrach, den Schluss gezogen, dass subcutan injicirtes Morphium ausserordentlich schnell durch den Magen ausgeschieden wird, ein Schluss, welcher durch die experimentellen Untersuchungen seines Assistenten Dr. Alt vollständig bestätigt wurde. (Hunde scheiden innerhalb der ersten Stunde nach der Injection ungefähr die Hälfte der injicirten Morphiummenge durch den Magen aus.) In der Ueberlegung, dass bei einem Morphinisten die continuirliche Passage so grosser Morphiummengen durch die Secretionsorgane des Magens für die Magenfunctionen ebenso wenig gleichgültig sein

kann, wie die mehr oder minder plötzliche Sistierung dieses Vorgangs, kam H. zu der Vermuthung, dass mit dem Aufhören der Morphiumzufuhr eine plötzliche Veränderung des bis dahin chronisch veränderten Magenchemismus (Salzsäuremangel) nach entgegengesetzter Richtung, oder Hyperacidität auftrete, welche vielleicht, wenigstens zum Theil, die Beschwerden der Abstinenz veranlasst. Diese Vermuthung hat sich im Ganzen bestätigt. Bei der nächsten Abstinenzkur, welche H. bei einem schon mehrfach mit Abstinenzkuren behandelten rückfälligen Morphinisten vornahm, zeigte sich bei den regelmässigen Aushebungen des Magens, wie der Salzsäuregehalt entsprechend der Verminderung der Morphiumzufuhr gleichmässig anstieg. Ausserdem blieb der Kranke, welcher bei den früheren Abstinenzkuren an den erheblichsten Abstinenzbeschwerden gelitten hatte, fast völlig von Abstinenzerscheinungen frei, ein Erfolg, den H. nur auf die morgendlichen Aushebungen und die darauffolgenden Magenausspülungen zurückführen kann.

H. erklärt sich die Abstinenzerscheinungen dadurch, dass bei Morphinisten die Magennerven nach jeder Injection regelmässig einer hochgradigen Narcose unterworfen werden, deren Wegfall zahlreiche nervöse Erscheinungen durch Irradiation in den Vagusbahnen hervorruft. Andererseits scheint sich der Magen während der Entziehungskur in einem derartigen Zustande veränderter Erregbarkeit zu befinden, dass schon normale Reize, wie normal salzsaurer Magensaft (noch dazu bei einem desselben entwöhnten Magen), als krankhafter Reiz empfunden wird. Darnach wären die Abstinenzerscheinungen von einer relativen Hyperacidität abhängig zu machen.

H. schliesst seine hochwichtigen Mittheilungen mit dem ebenso beachtenswerthen Hinweis, dass der Morphiumhunger wahrscheinlich zum grossen Theil ein auf die künstliche Anacidität zurückzuführendes gastrisches Symptom ist, welches durch künstliche Zuführung von Salzsäure beseitigt werden kann. Er empfiehlt daher in Fällen, wo man gezwungen ist, längere Zeit Morphium gebrauchen zu lassen, gleichzeitig Salzsäure zu verabreichen. Hoppe.

---

106) **A. Fromme** (Sutttgart): Die Abstinenzen beim Morphinismus mit Hilfe der Méco-Varséiques.

(Berliner klinische Wochenschrift 1892, Nr. 28.)

F. hat in einem neueren französischen Präparate, den Méco-Varséiques, neben dem Codeinum phosphoricum ein Mittel gefunden, das die Abstinenzerscheinungen des Morphiums bis zur Erträglichkeit mildert, ja oft vollständig aufhebt. Während das Mittel in drei Formen: Pillen, Syrup und Solution in den Handel kommt, hat F. nur die sterilisirte 5%ige Solution (in zugeschmolzenen sterilen Glasröhren von 10 ccm) in Form der subcutanen Injection angewandt. Bei Zutritt der Luft entstehen bald unter zunehmender Trübung flockige schwarze Niederschläge, wobei die Wirksamkeit theilweise oder ganz schwindet. Die Injectien der kampherartig riechenden, bitteren Lösung ist manchmal etwas schmerzhaft. Das Minimum ist eine volle Pravazspritze; in 24 Stunden kann man 10 Spritzen injiciren, ohne dass üble Nachwirkungen auftreten. Während des Gebrauches schwinden die Abstinenzerscheinungen, Körpergewicht und Allgemeinbefinden nehmen zu,

und das Nervensystem erstarkt. Accumulative Aufspeicherung und Gewöhnung an das Mittel finden nicht statt. — Auch als Hypnoticum soll das Mittel gute Dienste leisten. Kurze Zeit nach der Injection tritt noch Müdigkeitsgefühl ein, das immer mehr zunimmt und in Schlaf übergeht.

Hoppe (Allenberg).

---

107) **J. B. Mattison**: „Cocainism".

(The Med. Record, 22. Oct. 92.)

Es hat sich in den letzten Jahren mehr und mehr herausgestellt, dass der gewohnheitsmässige Gebrauch des Cocain äusserst schwere Folgen für Leben und Gesundheit hat. In den meisten Fällen macht sich zunächst eine starke Abnahme des Appetits bemerkbar; die Kranken verlieren mehr und mehr das Nahrungsbedürfniss und magern dementsprechend ab. Diese Abmagerung wird dann noch vermehrt und beschleunigt dadurch, dass die Thätigkeit der verschiedenen Drüsen durch den Cocaingenuss erheblich gesteigert wird.

Noch schlimmer ist der Einfluss des Cocain auf das Nervensystem. Der anfänglich sich einstellenden Ueberreizung desselben folgt bald die Schwäche; eine eigenthümliche Unruhe, hartnäckige Schlaflosigkeit, Ueberreizungs-Symptome aller höheren Sinnesnerven, Sinnestäuschungen, Verfolgungswahn u. s. w. machen sich bemerkbar; endlich wird das Fassungs- und Denkvermögen, sowie der Character im schlechten Sinne verändert. —

Die Prognose des Cocainismus ist schlechter als die des Morphinismus. Zur Heilung der Erkrankung empfiehlt sich in frischen Fällen die plötzliche Entziehung; doch muss der dann entstehenden Reflexreizung durch Phenacetin, Paraldehyd, Codeïn, Hyoscein oder sonst ein sicheres Schlafmittel entgegengetreten werden. In schweren chronischen Fällen ist die plötzliche Entziehung gleichfalls am Platze; doch ist nach derselben eine oft viele Monate andauernde Nachcur nöthig, bei der es sich hauptsächlich um passende Hygiene, zweckmässige Behandlung der etwa bestehenden Nervenkrankheit, entsprechende Aufsicht u. s. w. handelt.

Voigt.

---

108) **S. Grover Burnett** (Kansas City): New Observations in the use of Sulphonal.

(New-York Medical Journal 1892, 9. April, Nr. 15.)

1. Fall. 59jährige Frau mit chronischer Melancholie, Arteriosclerose, compensatorischer Herzhypertrophie. Sulphonal war wegen Schlaflosigkeit bei erregter Melancholie in öfter wiederholten Dosen gegeben worden ohne besonderen Erfolg; nach drei 2,0 Gramm-Dosen während der Nacht, also 6,0 Gr. Sulphonal im Ganzen, bestand am folgenden Morgen Cyanose, erschwerte Respiration 16, Temperatur unter 37,0°, schwacher compressibler Puls von 60; der comatöse Zustand dauerte den ganzen Tag über an; ferner waren Symptome von hochgradiger Incoordination vorhanden, die länger wie 10 Tage anhielten und das Gehen unmöglich machten. Die Reflexe wurden in diesem Falle nicht untersucht.

2. Fall. In Folge Irrthums des Apothekers hatte eine 30jährige kräftig gebaute verheirathete Frau wegen eines Anfalls von Dysenterie statt

zweistündlicher Gaben von 0,6 Salol im Ganzen 4,6 Gr. Sulphonal in der erwähnten Vertheilung erhalten. Es bestand Cyanose, Herabsetzung der Temperatur von 39,8° bis unter 37,0°, der Puls war voll 60, die Respiration 14; die Reflexe waren beträchtlich abgeschwächt, der Schlaf so tief, dass die Kranke erst nach 2 Stunden für einen Moment erweckt werden konnte, aber dann sofort wieder einschlief. Am nächsten Tage bestand die Benommenheit fort, daneben Incoordination und starke Abschwächung der tiefen Reflexe. Erst nach 10 Tagen kehrte mit dem normalen Verhalten der Reflexe die Coordination zurück.

3. Fall. 69jähriger Mann mit Manie, hartnäckiger Schlaflosigkeit, Steigerung der tiefen Reflexe. Auf 2,3 Gr. Sulphonal trat Schlaf ein für die ganze Nacht; nach Wiederholung dieser Dosis für 4—5 folgende Nächte traten Symptome von Incoordination auf, so dass er nur mit grosser Vorsicht gehen konnte. Die Dosis wurde dann auf 1,25—2,0 Gr. herabgesetzt und 15 Nächte hindurch fortgegeben; die Wirkung war gut, doch fehlte das Kniephänomen völlig. Nach Aussetzen des Sulphonals kehrten 5 Tage später die Reflexe in ihrer frühere Intensität zurück; auch die Incoordination war geschwunden.

4. Fall. Schwere Schlaflosigkeit, Steigerung der tiefen Reflexe. Nach 1,5 Gr. Sulphonal, an 4 hintereinander folgenden Abenden gegeben, zeigte sich Incoordination und starke Reduction der gesteigerten Reflexe bis unter die Norm.

Die Erklärung für das Erlöschen resp. die Abnahme der Intensität der tiefen Reflexe liegt mit der hypnotischen Wirkung des Sulphonals auf die Zellen der Hirnrinde, durch welche die Controle der letzteren über die inhibitorischen Centren mit der Corpora quadrigemina oder Thalamus opticus aufgehoben resp. vermindert wird. Dadurch erhalten die inhibitorischen Centren das Uebergewicht, dessen Folgen in dem Erlöschen resp. der Verminderung der tiefen Reflexe sich manifestiren.

Holtermann.

---

109) **Charcot** et **Magnan**: De l'onomatomanie.
(Arch. de Neurol. 1892, Nr. 70, 71, 72.)

An der Hand einer Reihe von Krankengeschichten besprechen die Verf. ein Symptom, das darin besteht, dass bei dem Kranken der normale Vorstellungsablauf durch ein mit aller Gewalt sich in den Vordergrund drängendes Wort oder einen Satz unterbrochen wird. Das Wort taucht plötzlich in Folge krankhafter Reizung des betr. Centrums auf und verbindet sich mit einem so lebhaften Bewegungsimpuls, dass der Kranke gezwungen wird, dasselbe auszusprechen. Der Kranke merkt selbst das Fremdartige, quasi Parasitäre des in ihm auftauchenden Wortes, aber so sehr er sich auch bemüht, es nicht auszusprechen, schliesslich unterliegt er doch dem Zwange. Manchmal gelingt es ihm, auf kurze Zeit Widerstand zu leisten, er vermag sich zu entfernen und eine abgelegene Ecke aufzusuchen und spricht dann hier mit leiser Stimme das Wort aus, oder es ist ihm möglich, seiner inneren Qual schon dadurch genug zu thun, dass er statt des Wortes irgend welche unverständlichen Laute hervorbringt, oft aber ist jede Anstrengung vergebens und ohne Rücksicht auf die Anwesenden stösst er das

ihn quälende Wort heraus. In allen Fällen folgt der peinigenden Angst ein Gefühl von Ruhe und Erleichterung, wenn das Wort ausgesprochen ist; stets ist in diesem Zustand das Bewusstsein völlig erhalten. Nicht selten gesellen sich der Onomatomanie Zweifelsucht, Berührungsfurcht, Platzangst, Coprolalie u. a. hinzu. Oft haben die Onomatomanen eine krampfhafte Furcht vor gewissen Worten, denen sie eine unheilvolle Wirkung für sich oder für andere zuschreiben; gewöhnlich beziehen sich diese Worte auf Tod, Mord, Hölle, Teufel und andere unangenehme Dinge. Der Kranke giebt sich die grösste Mühe, dass das gefährliche Wort nicht in seinen Ideenkreis gelangt: er wagt nicht mehr auszugehen, aus Furcht, das ominöse Wort von anderen sprechen zu hören oder es irgendwo zu lesen; er vermeidet die Unterhaltung mit Fremden, schliesst sich von jedem Verkehr ab und selbst in seiner Häuslichkeit beschränkt er das Zusammensein mit den Seinen oder mit der Dienerschaft auf das Allernothwendigste; er liest keine Bücher mehr und hört auf zu schreiben, alles aus Furcht, dass trotz der angewandten Vorsicht ihm das verhängnissvolle Wort doch begegnen möchte. Der Anblick einer schwarz umränderten Karte ruft in ihm die entsetzlichste Angst hervor, die auch dadurch nicht geringer wird, dass der Kranke sich des Thörichten und Lächerlichen seiner Unruhe völlig bewusst ist. Andere Kranke gehen noch weiter und fürchten, dass das Wort seine unheilvolle Wirkung auch auf andere Dinge übertragen könne, die in irgend einer zufälligen Beziehung zu ihm stehen. Solche Kranke legen z. B. die Kleidung, die sie getragen haben, als ihnen das unglückbringende Wort aufstiess, sofort ab und wagen nicht, sie wieder anzuziehen. — In dem Bemühen, sich vor den Folgen des Wortes zu schützen, verfallen die Kranken auf die absonderlichsten Handlungen. Sie schlagen das Kreuz, ändern ihren Wohnsitz, ersetzen das verpönte Wort durch ein anderes oder fügen andere Worte oder Phrasen, oft ganz sinnloser Art, hinzu, die sie, um die schützende Wirkung noch zu erhöhen, öfters wiederholen oder mit allerlei Bewegungen begleiten. Der Kranke sieht auch hier wieder das Absurde seines Handelns ein, aber auch zu diesen Schutzmassregeln fühlt er sich gezwungen; leistet er Widerstand, so wird die Angst allmächtig und, um Ruhe zu haben, fügt er sich dem Zwange. — Manchmal gesellt sich dem Wort eine sensible Empfindung eigenthümlicher Art hinzu. Worte oder selbst Geräusche verwandeln sich für den Kranken in wahre Fremdkörper, die ihm in den Mund dringen, in den Magen gelangen und hier unter lebhafter Angst ein höchst unangenehmes Gefühl der Ueberladung verursachen, das den Kranken zwingt, auszuspeien, zu würgen, selbst zu erbrechen, um auf diese Weise den vermeintlichen Fremdkörper und damit die peinigende Angst wieder los zu werden.

Die Prognose der Onomatomanie ist nicht ungünstig. Zielbewusste ärztliche Behandlung und zweckentsprechende Anstaltspflege geben gute Resultate. Falkenberg-Dalldorf.

110) **Wiedemeister** (Ballenstedt): Mittheilung eines Falles von Polyurie bei einer Geisteskranken.

(Neurol. Centraldl. 1892, Nr. 5.)

Bei einem 34jährigen Fräulein stellte sich zugleich mit einer leichten maniakalischen Erregung Anfang 1890 eine so starke Polyurie ein, dass

die Kranke nicht nur Kleider und Betten durchnässte, sondern auch bei der damit bestehenden Incontinenz die Teppiche und Möbel der Wohnung verdarb.

Bei ihrer Aufnahme in die Anstalt (Schädel von hydrocephalischer Bildung) betrug trotz nicht vermehrten Durstes die Harnmenge 6000 ccm zu 102 bis 120 Blasenentleerungen während 24 Stunden. Der höchst übel riechende Harn von ammoniak. Reaction mit dickem Bodensatz aus Tripelphosphaten hatte ein spec. Gewicht von 1002—1004. — Piperacin und electrische Bäder 3mal wöchentlich brachten die Harnmenge bald auf 580 (3—5 Entleeruugen) mit spec. Gew. 1032.

Leider wird über den Ausgang des Falles nichts mitgetheilt.

Hoppe-Allenberg.

111) **R. Fronda** (Nocera): La peptonuria nei paralitici.

(Il manicomio moderno 1892, Nr. 1.)

Auf Grund von Untersuchungen an 17 Paralytikern kommt Verf. zu dem Schlusse, dass sich bei allen Paralytikern, wenn auch nicht zu jeder Zeit, Peptonurie findet; das Fehlen von Peptonurie lasse erst, wenn es bei wiederholten Urinuntersuchungen constatirt sei, die Paralyse ausschliessen.

Strauscheid.

---

112) **Venanzio** (Mailand): La teratofobia Contributo allo studio della paranoia rudimentale.

(Il manicomio moderno 1891;)

Verf. widerspricht der Meinung Meynert's, dass man alle einzelnen Phobien unterdrücken solle, um sie als Panphobie zusammenzufassen, da der Kranke alles fürchten könne und das Angstobject von keiner Wichtigkeit sei. Er beschreibt die Teratophobie, d. i. der Schrecken vor den Monstren. Es giebt Individuen beiderlei Geschlechts, mit oder ohne Degenerationszeichen, welche auf Grund von erschöpfenden, das Gehirn schwächenden Ursachen plötzlich von einer Zwangsvorstellung befallen werden, die sich ihrem Bewusstsein in unüberwindlicher Weise aufdrängt; es ist ein ängstlicher, erschreckender Abscheu vor allen missgestalteten Menschen, mögen sie dieselben nun lebend oder in Zeichnungen (Witzblätter etc.), Sculpturen (Faunen etc.) oder dergleichen nachgebildet sehen. Dieser Abscheu bewegt die Kranken, lange Zeit nicht mehr aus dem Hause zu gehen, um ja nichts derartiges zu sehen, keine Zeitung zur Hand zu nehmen etc. Sehen sie wirklich einen missgestalteten Menschen, so lassen sie sich manchmal zu gefährlichen aggressiven Handlungen gegen denselben hinreissen, sie sind dann ganz verstört, können mehrere Nächte lang nicht schlafen. Verf. erzählt kurz 4 Beispiele dieser Art. Die Krankheit kann geheilt werden oder auch bestehen bleiben, letzteres besonders bei degenerirten Individuen. Aufzufassen ist die Krankheit als eine Form der rudimentären Paranoia.

Strauscheid.

---

113) **Lastschenko**: Dysthymia neuralgica.

(Archiv Psychiatrii i Neuropathologii von Prof. Kowalewsky, 1892, 6.)

Nach der Uebersicht der Literatur beschreibt Autor einen Fall aus der Klinik von Kowalawsky und berührt zum Schlusse die Frage über die Selbstständigkeit dieser Krankheitsform. Autor macht den Leser darauf

aufmerksam, dass die Dysthymia neuralgica einen melancholischen Character enthalte, sich aber von der Melancholie wie durch den Mechanismus der Entstehung und des Zusammenhanges mit der Neuralgie, so auch dadurch, dass diese Melancholie fast immer auf degenerativem Boden entstehe, unterscheide.

Dementsprechend kommt L. zu der Schlussfolgerung, dass die Dysthymia neuralgica das Recht habe, als eine selbstständige Krankheitsform zu gelten, als Melancholie auf hereditärem und degenerativem Boden.

Didrichson.

114) **Julius Althaus** (London): Mental affections after influenza.
(Amer. journ. of the med. sciences. April 92.)

Die Influenzapsychosen sind schon von Kraepelin u. a. in 3 Klassen getheilt worden: 1. Neurasthenie, Hypochondrie, Melancholie. 2. Asthenischse Delirium. 3. Andere Psychosen (disponirte). A. fügt eine vierte Klasse zu: Paralys. general., wovon er einen Fall genesen sehen haben will. Patogenesich kann das Fieber entweder chemisch durch Pyrexie oder mechanisch durch veränderte Herzthätigkeit wirksam sein. Von grösserer Bedeutung ist das hypothetische Grippotoxin. Der Disposition, welche von fast allen anderen — Kaepelin, Ladame, Heledy, van Deventer, Bidau u. a. — stark hervorgehoben wird, will Verf. nur geringe Bedeutung zulegen, dagegen räumt er für Grippotoxin Idiosynkrasie ein. Vielleicht kann auch das Toxin verschieden zusammengesetzt und desshalb nicht immer gleich toxisch sein. Dass man nicht einfache postfebrile Schwäche zu Grund legen kann, beweist das absolute und procentisch häufigere Auftreten der Psychosen nach Influenza als z. B. nach Morbilli. — Casuistik wird beigegeben.

Henrik Dedichen (Horten).

115) **B. Szalay**: Influenza und Geistesstörung.
(Orvosi hetilap 1892, 25.)

Verfasser theilt drei Krankengeschichten mit, aus welchen das Auftreten von Psychosen nach Influenzaerkrankung ersichtlich ist. Im I. war Paralyse, im II. Melancholie, im III. Paranoia. Im I. und II. war Heredität, im III. Falle eine durch vorangegangene puerperale Psychose geschaffene Prädisposition vorhanden. Alle drei beobachteten Fälle beweisen, dass nach Ablauf der fieberhaften Periode der Influenza Geistesstörungen in der Regel bei erblich belasteten oder anderweitig prädisponirten Individuen auftreten. Die Erkrankungsform kann eine mannigfache sein. In welchem Zusammenhange die Psychosen mit der Influenza stehen, lässt sich freilich schwer sagen. Nach dem Verfasser ist sie eine jener schweren Krankheitsursachen, welche den Ausbruch der Geistesstörung, sowohl bei vorhandener Disposition als auch Latenz, beschleunigt. Auf die Krankheitsform hat sie keinen Einfluss, höchstens dass sie dieselbe auf indirectem Wege schwerer gestaltet, indem dabei der ganze Organismus geschädigt wird. Verf. macht noch die Schlussbemerkung — und mit Recht —, dass als echte Influenzapsychose nur jene anzusehen wäre, welche immer in allen beobachteten Fällen dasselbe Krankheitsbild zeigt, mit der Influenzaerkrankung gleichzeitig auftritt und mit ihr gleichzeitig abläuft.

Ostermayer (Budapest).

116) **Tyko Brunnberg**: Den hypnotiske suggestionen och dess använting vid menstruationsrubbninger. (Die hypnotische Suggestion und ihre Anwendung bei Menstruationsstörungen.)

(Upsala Läkareför förhandl., Bd. XXVII, p. 217, 1892.)

Nach einer kurzen Uebersicht über den Einfluss des psychischen Organs auf das vasomotorische Nervensystem, besonders mit Rücksicht auf Menstruationsverhältnisse, theilt der Verfasser 26 Fälle von Menstruationsanomalien mit, die er mit Suggestion unter Hypnose behandelt hat, und empfiehlt in ähnlichen Fällen diese Behandlungsmethode auf's Wärmste. Von den 26 Patienten war eine unempfänglich für die Beeinflussung, 11 liessen sich in leichtere Grade von Hypnose und 14 in ausgesprochen somnambulen Zustand versetzen. Die Zahl der Séancen variirte von 1—50. Es bestand in 9 Fällen Amenorrhoe (1 ungeheilt, 2 gebessert, 6 geheilt), in 9 Menorrhagie (2 ungeheilt, 3 gebessert, 4 geheilt), in 5 Menorrhagie und Dysmenorrhoe (1 ungeheilt, 1 gebessert, 3 geheilt) und in 3 Dysmenorrhoe (1 ungeheilt, 1 gebessert, 1 geheilt).

P. Koch (Kopenhagen).

---

117) **M. Allen Starr** (New-York): „The cerebral atrophies of childhood. With special reference to the operation of craniotomy for imbecility, epilepsy and paralysie". (Die cerebrale Atrophie des Kindesalters, mit besonderer Beziehung auf die zur Besserung von Geistesschwäche, Epilepsie und Lähmung vorgenommene Craniotomie.)

(The Medic. Rec., 23. Januar 92.)

Verf. betrachtet die klinischen Typen der kindlichen cerebralen Atrophie, sowie die pathologischen Verhältnisse, welche zur Entstehung jener Typen führen, endlich die Erfolge der chirurgischen Behandlung solcher Fälle durch Craniotomie. Er schliesst aus diesen Betrachtungen folgendes:

1. Hemiplegie, sensorische Defecte und Imbecilität, die mit oder ohne Epilepsie bei Kindern auftreten, sind chronische, durch medicinische Behandlung nicht zu heilende Krankheiten.

2. Die pathologischen Ursachen dieser Symptome können entweder in groben Defecten und Atrophien des Hirns oder in einer Entwickelungshemmung der cerebralen Zellen liegen, ohne dass für das unbewaffnete Auge irgend eine Veränderung sichtbar wäre.

3. Es ist vor der Hand unmöglich, im gegebenen Falle ohne Probe-Operation die pathologischen Verhältnisse mit Sicherheit zu erkennen.

4. Derartige Operationen sind nicht ohne Gefahr; doch können sie durch Vorsicht bei der Eröffnung der Dura und möglichste Beschleunigung gefahrlos gemacht werden.

5. Sind deutliche Atrophien vorhanden, so kann die Operation keinen Nutzen bringen; handelt es sich um Hemmung der Entwickelung des Hirngewebes, so kann sie vielleicht etwas nützen; werden Gerinnsel, Cysten, Tumoren durch sie gefunden und entfernt, so steigen die Aussichten auf einen günstigen Erfolg; ist der Schädel deutlich microcephal in Folge zu früher Nahtverknöcherung, so scheint die Operation dadurch nutzbringend werden zu können, dass sie dem Gehirn mehr Raum zum Wachsen und Sichentwickeln verschafft.

6. Epileptische Anfälle werden durch die Craniotomie oft seltener und milder gemacht; wird die Schädelöffnung nur durch weiches Gewebe wieder verschlossen, so scheint sie als eine Art Sicherheitsventil zu wirken, insofern sie Aenderungen der intracraniellen Theile zulässt, ohne dass Hirndruck entsteht.

7. Während Hemiplegie, Aphasie, Athetose und sensorische Defecte durch die Operation gebessert worden sind, kann man heute betreffs der Imbecilität noch nicht sagen, bis zu welchem Grade sie dieselben zu mindern im Stande ist.

8. Hierhergehörige Fälle sollten nun, um zu sicheren und richtigen Schlüssen zu gelangen, nach einer genügend langen Beobachtungszeit veröffentlicht werden. Voigt.

---

118) **Jaksch**: Die Neurotomie des Sympathicus in ihrem Einflusse auf die Epilepsie.

(Wiener med. Wochenschrift, 16 und 17, 1892.)

Die günstigen Resultate, welche Alexander durch seine Operationen bei Epilepsie erzielt hat, erklären sich nach Verf. dadurch, dass bei der Operation die tiefen Sympathicusfasern getrennt wurden. Dafür spricht auch die von Roschansky nachgewiesene Thatsache (Centralblat f. med. Wiss., Nr. 10, 1889), dass jede reflectorische Wirkung auf das Gefässsystem ausbleibt, wenn der Strang des Sympathicus zwischen dem 9. und 10. Ganglion bei Kaninchen durchschnitten wurde. Stellt man sich nun vor, dass die Durchschneidung des tiefen Halssympathicus reflectorische Einwirkungen, denen etwa krankhafte Reize in den Brust- und Baucheingeweiden zu Grunde liegen und welche sich durch Erregung der Krampfcentren kundgeben, ausschliesst, so müsste die Durchschneidung des Sympathicus ein Heilmittel für gewisse Fälle von Reflexepilepsie sein. Um dies zu erzielen, stellt sich practisch die Operation dahin dar, dass der Halssympathicus oberhalb des unteren Halsganglions zu trennen ist und zweitens eine Massenunterbindung der Arteria und Vena vertebralis vor dem Eintritt in den Wirbelarterienkanal stattzufinden hat.

In zwei Fällen von Epilepsie, bei denen die Prodromalsymptome vom Unterleib ausgingen, wurde der Sympathicus und zwar nur auf der rechten Seite durchtrennt und es wurde erzielt, dass nach der Operation 1 Jahr resp. 8 Monate jetzt vergangen sind, ohne dass bisher ein Anfall aufgetreten wäre. Ascher.

---

119) **J. Jankura**: Ueber die antiepileptische Wirkung des Kaliauribromid.

(Orvosi hetilap 1892, Nr. 14 und 15.)

Verf. unternimmt es auf Grund in sehr spärlicher Zahl ausgeführter Versuche (5 Fälle von gemeiner Epilepsie, 3 Fälle von Hysteroepilepsie; die Zahl der ausgeführten Injectionen ist nicht angegeben), die antiepileptische Wirkung des Kaliauribromids zu demonstriren, wozu ihn die geringe Zahl der Experimente, die unvollkommene und unwissenschaftliche Ausführung derselben kaum, — die Wirkungslosigkeit des Mittels aber schon ganz und gar nicht berechtigen. Der

Aufsatz ist voll von Widersprüchen; so behauptet der Verfasser z. B. in der Einleitung, dass die subcutane Application von der Haut reactionslos ertragen wird, während er in den aufgezählten Krankengeschichten und im Resumé die grossen Infiltrate an den Injectionsstellen mit besonderem Gewichte hervorhebt. Solche und ähnliche Stellen finden sich zahlreich vor.

Das Doppelsalz wurde theils per os 2—8 mgr pro dosi, theils in wässeriger Lösung (0.40 : 20.0 aqua) 1—4 ctgr subcutan angewandt.

Die Schlussresultate seiner Versuche stellt Verf. folgendermassen zusammen: „Im ersten Krankheitsfall war als günstige Wirkung ein einziges 10tägiges anfallfreies Intervall, im zweiten ein 23tägiges zu beobachten. Im dritten zeigte sich anscheinend eine Besserung, leider konnte aber ein weiteres Beobachten des Kranken nicht fortgesetzt werden, weil ihn sein Vater nach Hause nahm. Im 4. Fall hatte das Kaliauribromid keine besondere (?) Wirkung, da bei denselben die übrigen antiepileptischen Mittel gerade so unwirksam waren, wie das Kaliauribromid. Im 5. Falle ging das Mittel aus, warum kein Urtheil darüber abgegeben werden kann. Bei den übrigen zwei Hysteroepileptischen ist die positive Wirkung durch Suggestion zu erklären.“ Und trotz diesen Ergebnissen scheut sich der Verf. nicht, von einer die anderen antiepileptischen Mittel übertreffenden Wirksamkeit des Kaliauribromid zu sprechen und glaubt, folgende Indicationen für Darreichung des Mittels aufstellen zu dürfen: Bei Wirkungslosigkeit des Bromkalium und bei Bromismus; weiter bei Idiosyncrasie gegen Bromkalium. — Als Applicationsweise hält Verf. die subcutane am geeignetsten (trotz der colossalen Infiltraten, welche jede einzelne Injection verursacht. Ref.), das Kaliauribromid dem Kranken beizubringen. Als üble Eigenschaften werden Frösteln, intensives Kältegefühl im ganzen Körper und stechende Schmerzen in der Herzgegend in der ersten halben Stunde nach der Injection und die regelmässig auftretenden Infiltrationsherde angegeben.

Da mir diese Versuche mit Kaliauribromid aus eigener Anschauung wohl bekannt sind, während dem Verfasser nur die sehr mangelhaft geführten Versuchsjournale zur Verfügung standen, so fühle ich mich verpflichtet, im Interesse der wissenschaftlichen Wahrheit zu berichten, dass man bei der Darreichung des Kaliauribromid bei den erwähnten Fällen niemals eine mit dem Mittel in directen Zusammenhang zu bringende günstige Beeinflussung der epileptischen Anfälle beobachten konnte, hingegen war das Injiciren äusserst schmerzhaft, was aus der ätzenden Wirkung der Goldsalze leicht erklärlich ist; jeder Injection folgte die Bildung eines sehr empfindlichen grossen (bis Faustgrösse) Infiltrats im subcutanen Zellgewebe und nicht selten trat ein typischer Schüttelfrost nach der Einsritzung auf, so dass die Kranken vor Kälte mit den Zähnen klapperten und sich nicht auf den Beinen halten konnten. Die gänzliche Wirkungslosigkeit in Verbindung mit den nachtheiligen Eigenschaften verbieten es im Interesse der Kranken, solche Versuche wieder aufzunehmen. Ostermayer (Budapest).

---

120) **Näcke**: Duboisinum sulfuricum bei chronisch geisteskranken Frauen. (Allg. Ztschr. f. Ps., Bd. 48, H. 6.)

Die bekannten Mittheilungen über die Wirkung des Dubois. sulf. bei Geisteskranken vervollständigt N. auf Grundlage eines stattlichen Beobachtungs-

materials (in 7 Monaten wurde das Mittel 1116mal subcutan und 1952mal innerlich verabreicht). Duboisin besitzt eine mindestens ebenso grosse sedative und hypnotische Kraft als Hyoscin, ist ungefährlicher als dieses, wenn auch nichts weniger als indifferent. Unangenehme Nebenwirkungen können schon bei $^1/_2$ mgr — der Anfangsdosis für Frauen — eintreten. Durchschnittsgabe 1 mg. Mehr als 2 mg ist im Allgemeinen nicht zu geben. Bei interner Anwendung sind die Erfolge, wenn auch positiv, so doch weniger eclatant, man muss doppelt so grosse Dosen anwenden. Angewöhnung wurde bei subcutaner Anwendung kaum, eher bei interner gesehen. (Dauernder Gebrauch derartiger Mittel dürfte, wie N. richtig bemerkt, überhaupt nicht vorkommen, da die Verhältnisse der meisten Anstalten eine ausgiebige Bettbehandlung gestatten.) Auf den Krankheitsverlauf hat das Mittel natürlich keinen Einfluss, bei acuten Erregungen und Exacerbationen erscheint es am ehesten nutzbringend. Mercklin.

III. Original- Vereins-Berichte.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 14. November 1892.

121) **Hitzig** (Halle): a) Die Stellung der Zunge bei peripherer Facialislähmung.

Die Ansichten der Autoren über das motorische Verhalten der Zunge bei der peripheren Facialislähmung gehen sehr auseinander. Keine der Ansichten entspricht dem wirklichen Verhalten; die meisten Autoren führen einfach an, dass die Zunge gerade ausgestreckt wird. Erb sagt, die Angabe, dass die Zunge nach einer Seite abgelenkt wird, beruhe insofern auf einem Beobachtungsfehler, als der gelähmte Mundwinkel nach der gesunden Seite verzogen wird und die Zunge, weil sie dem gesunden Mundwinkel näher steht, abzuweichen schien. Andere lassen die Zunge nach der gesunden oder nach der gelähmten Seite abweichen (Gintrac u. a.), ein Anderer glaubt an eine Lähmung des Hypoglossus.

v. Grünewald bezieht die Abweichung der Zunge nach der gesunden Seite einfach auf die Affection des Facialis ohne nähere Angaben.

Die Ansicht des Vortragenden ist, dass die Zunge gerade vorgestreckt wird, in schweren Fällen kann eine sehr erhebliche Abweichung der Zunge nach der einen Seite stattfinden; das ist nie die gelähmte, sondern stets die gesunde Seite. Wenn dieser Fall eintritt, so beobachtet man stets eine erhebliche Verziehung des Mundes nach der gesunden Seite hin. Wenn man nun in einem solchen Falle den Mund nach der kranken Seite mit dem Finger verzieht und die Zunge noch einmal herausstrecken lässt, so wird sie immer gerade herausgestreckt und steht in der Mitte der Mundöffnung; daraus geht hervor, dass ein Schiefstand der Zunge in der That bedingt ist durch den Schiefstand des Mundes.

V. glaubt, das Phänomen in folgender Weise erklären zu müssen: Man ist gewohnt, die Zunge bei einer bestimmten Stellung zu dem Mund-

winkel zu erhalten; diese Stellung wird in vielen Fällen von Facialislähmung innegehalten. Wenn nun der seitliche Zungenrand den gelähmten Mundwinkel berührt, so tritt in Folge dessen eine Deviation nach der gesunden Seite ein, so lange, bis die Berührung des Zungenrandes mit dem Mundwinkel aufhört; auf diese Weise wird die Zunge von der geraden Richtung abgelenkt.

b) Morphiumabstinenzerscheinungen und Magen. (Cfr. Ref. Nr. 105.)

Hitzig hat vor einigen Jahren die Beobachtung gemacht, dass ein Hund, welcher von dem von einem anderen mit Morphium gefütterten Hunde Erbrochenen frass, unter den Symptomen der Morphiumintoxication verendete. Diese Erscheinung führte ihn zu einer Reihe von Versuchen, welche ergaben, dass in der That Hunde, welchen man Morphium subcutan injicirt, in den ersten Stunden eine sehr erhebliche Menge Morphium, ungefähr die Hälfte, durch den Magen ausscheiden. Es tritt eine Verminderung der Salzsäuresecretion ein, während diese in erheblichem Maasse steigt, wenn man mit den Injectionen aufhört.

V. war in der Lage, dieses Verhältniss bei einem 33 Jahre alten Collegen, bei Gelegenheit einer Morphiumentziehungskur, zu prüfen. Die chemische Untersuchung des Mageninhalts wurde von Professor Mehring unternommen. Der Salzsäuregehalt stieg mit der Verringerung der Morphiumdosis; freie Salzsäure liess sich erst feststellen, als gar kein Morphium mehr gegeben wurde. Pat. bekam Abends ein warmes Bad, gegen die Schlaflosigkeit Trional, welches Verf. für das beste Schlafmittel hält, und von der Zeit an, wo der Salzsäuregehalt stieg, Magenausspülungen und Karlsbader Salz. Es traten keine Abstinenzerscheinungen ein im Gegensatz zu früheren Kuren. Vortragender glaubt, dies auf die Ausspülungen und die Wirkung des Karlsbader Salzes zurückführen zu können und empfiehlt diese Behandlung. Umgekehrt soll man während einer Behandlung mit Morphium gleichzeitig Salzsäure geben.

Es erscheint H. nicht unwahrscheinlich, dass der Morphiumhunger, an dem Morphiumkranke leiden, auch als eine Magenerscheinung aufzufassen ist, hervorgebracht durch künstlich producirte Anacidität des Magens, es erscheint ferner indicirt in Fällen, wo der normale Gehalt der Salzsäure des Magens als schädliches Agens auf den Magen einwirkt, die Anacidität künstlich hervorzurufen (z. B. beim Ulcus rotundum).

Discussion.

Senator fragt, ob man sich nicht vorstellen könne, dass ein Theil der Salzsäure, welcher im Morphium muriaticum enthalten sei, mitbestimmt wurde und so der eigentliche Salzsäuregehalt des Magens zu gross eingegeben wurde.

Hitzig glaubt das nicht, da die Morphiumdosis, die Pat. seit 1891 nahm, sehr gering war.

Senator: Die Therapie mit der künstlichen Anacidität ist nicht neu; man hat schon früher Arg. nitricum dagegen gegeben, weil man annimmt, dass es sich mit der Salzsäure zu Chlorsilber verbindet. Auch Belladonna ist zu empfehlen.

122) **Oppenheim:** Ueber atypische Formen der Gliosis spinalis

V. meint im Gegensatz zu Hoffmann, dessen Arbeit er als einen Markstein in der Geschichte der Syringomyelie bezeichnet, dass es wohl nothwendig ist, die verschiedenen Abarten der Syringomyelie, welche sich erklären aus der aussergewöhnlichen Ausbreitung des anatomischen Processes und aus der Combination mit anderweitigen Veränderungen im Rückenmarke, auseinanderzuhalten, z. B. die Gliosis unilateralis; bis jetzt giebt es nur zwei Fälle, in welchen Symptomatologie und pathologisch-anatomischer Befund sich decken (Rossolimo und Déjerine). In dem ersten Falle fand sich nur eine Erkrankung des einen Hinterhornes. Weit häufiger kommt es vor, dass der gliomatoese Process bei doppelseitiger Betheiligung des Halsmarkes sich durch das übrige Rückenmark auf die eine Seite beschränkt.

Es giebt auch Fälle, in denen der Process in dem unteren Dorsaltheile beide Seiten ergreift und im Halsmark einseitig ist. V. geht dann (nach Demonstration microscopischer Präparate) über zu den Formen der Gliosis, welche ganz oder theilweise unter dem Bilde der Tabes verlaufen, schildert ausführlich einen selbst beobachteten Fall, welcher zur Section kam; es waren schliesslich die Symptome der Dementia paralytica hinzugetreten. Es muss unentschieden bleiben, ob die Degeneration in den Hintersträngen als eine Folge der Gliosis aufzufassen ist, was das wahrscheinlichere ist, oder ob sie als eine selbstständige Affection angesehen werden muss. Man könnte in Versuchung kommen, einen solchen Fall Pseudotabes gliomatosa zu nennen.

Discussion:

Remak: Da bei der Tabes das Temperaturgefühl der Haut am wenigsten und erst in späteren Stadien leidet, so hätte die deutliche Störung des Temperatursinnes des Rumpfes vielleicht schon intra vitam zu der Diagnose der Gliosis spinalis führen können, der frühzeitige Eintritt der Opticusatrophie und der reflectorischen Pupillenstarre hing wohl lediglich von der Tabes ab.

Hoffmann hat die Gliomatose als besondere Krankheitsform von der Gliosis abgetrennt, woraus sich vielleicht die Differenz zwischen seiner Anschauung und der Oppenheim's erklärt. R. hat seit 1888, wo er auf das eigenthümliche Oedem der Oberextremitäten hinwies, in 7 Fällen die Diagnose auf Syringomyelie gestellt. Es ist wahrscheinlich, was bereits von Charcot und Déjerine betont wurde, dass manche Fälle von spinaler Muskelatrophie (Typus Duchenne-Aran) auf Gliosis spinalis zurückzuführen sind.

Hitzig erwähnt Fälle von Syringomyelie, bei denen er brettharte Muskelinfiltrationen beobachtet hat, ausserdem Gelenkaffectionen.

Mendel berichtet über einen gleichen Fall.

Bernhardt führt gleichfalls einige atypische Fälle von Syringomyelie an; das Auftreten der Oedeme ist vielleicht auf ein Trauma und Gelenkaffectionen zurückzuführen, welche bei der gleichzeitig bestehenden Anästhesie nicht beachtet werden.

Oppenheim (Autoreferat):

Ich möchte zunächst auf die Erwägungen des Herrn Remak eingehen, die ich bereits selbst angestellt hatte. Ich hatte ja gerade hervorgehoben,

dass die Anästhesie durch ihre Verbreitung und durch ihren Character die Vermuthung, dass es sich um Gliose handle, hätte nahe legen können. Ich fügte hinzu, dass die partielle Empfindungslähmung, insbesondere die Therm. anästhesie bei Tabes selten sei, dass sie aber in einer Reihe von Fällen constatirt sei. So möchte ich auf die Arbeit von Bolko Stern: „Ueber die Anomalien der Sensibilität bei Tabes“ hinweisen, in welcher derartige Fälle, unter denen allerdings auch der heute mitgetheilte figurirt, geschildert werden. Dass eine Verwechslung mit Gliose in mehreren derselben vorgekommen, halte ich für möglich. Herrn Hoffmann habe ich überhaupt nicht angegriffen, sondern seine Abhandlung geradezu als einen Markstein in der Geschichte der Syringomyelie bezeichnet. Nur will er nichts von atypischen Formen wissen und gerade die Berücksichtigung dieser halte ich im diagnostischen Interesse für sehr wünschenswerth. Die Frage von der Unterscheidung einer Gliose und Gliomatose habe ich überhaupt nicht gestreift; ich halte diesen Theil übrigens für den am wenigsten geklärten der Hoffmann'schen Abhandlung.

Opticusatrophie und Pupillenstarre ist schon wiederholentlich bei Syringomyelie constatirt worden. Ueber den inneren Zusammenhang können wir zur Zeit nichts Näheres aussagen; künftige Untersuchungen müssen die Natur dieser Beziehungen feststellen.

Dass bei der Gliosis wesentliche Remissionen vorkommen, ist besonders von Wichmann hervorgehoben worden.

Koenig.

IV. Bibliographie.

123) Dr. **A. Cullerre** (Directeur-Médecin de l'asile d'aliénés de la Roche-sur-Jon): La Thérapeutique suggestive et ses applications aux maladies nerveuses et mentales, à la chirurgie à l'obstétriques et à la pédagogie.
(Paris, J. B. Baillière et fils, Bibliotheque scientif. contemp.)

Cullerre, welcher bereits vor mehreren Jahren in der Bibliotheque scient. contemp. ein Werk über Hypnotismus veröffentlichte, hat es in vorstehender Arbeit, wie er selbst sagt, unternommen, in unparteiischer Weise den gegenwärtigen Stand der Suggestionstherapie darzulegen. Nach einem kurzen historischen Ueberblicke bespricht er zunächst die Rolle der Suggestion in der Therapie, die Indicationen der Suggestivbehandlung, die Gefahren der Hypnose und die bei der therapeutischen Verwerthung derselben zu beachtenden Regeln. Die Gefahren der Hypnose hält C. für nicht ganz so imaginär wie z. B. Bernheim; er verweist auf die von verschiedenen Beobachtern mitgetheilten Gesundheitsschädigungen durch Hypnotisirungen, die allerdings zum grössten Theile auf ungeeignetes Vorgehen seitens medicinischer Bildung ermangelnder Hypnotiseure zurückzuführen sind und verlangt, dass der Arzt, welcher sich mit Suggestivtherapie befassen will, eine Art Lehrzeit durchmacht, um genügende Vertrautheit mit der Technik der Methode zu erlangen. — Die functionellen Neurosen und ganz besonders die Hysterie bilden nach C. das Hauptgebiet für die Anwendung

der hypnotischen Suggestion. Indess ist auch auf diesem Terrain, wie C. offen gesteht, die Suggestion nichts weniger als unfehlbar. Es giebt nicht nur Individuen, bei welchen die Suggestion zu keinem günstigen therapeutischen Resultate führt, sondern auch solche, bei welchen die hypnotischen Proceduren mehr Schaden als Nutzen stiften".

Speciell den Erfolgen gegenüber, welche Bernheim von der Suggestivbehandlung der hysterischen Krampfanfälle rühmt, betont C. das häufige Fehlschlagen der suggestiven Bemühungen bei diesen hysterischen Manifestationen. Seine eigene Erfahrung ist nichts weniger als ermuthigend. Wenn er auch bei Hysteroepileptischen zahlreiche Erscheinungen der Neurose zum Schwinden bringen konnte, den Anfällen gegenüber fand er sich immer machtlos. Die Kritik, zu welcher sich der Autor den optimistischen Berichten von anderer Seite gegenüber veranlasst sieht, vermissen wir an mancher anderen Stelle seines Buches, an welcher er über die Resultate der Suggestivtherapie bei dieser oder jener Krankheit berichtet. Trotzdem glauben wir, dass die Arbeit C.'s ihren Zweck, eine Uebersicht über den derzeitigen Stand der Suggestivtherapie zu geben, wenigstens in der Hauptsache erfüllen wird. Die Originalität der Auffassung und der Reichthum an eigenen Beobachtungen, welche das jüngst besprochene Buch Bernheim's auszeichnen, finden wir bei C. nicht; seine eigenen Erfahrungen treten den der Literatur entnommenen Beobachtungen gegenüber fast ganz zurück; dafür übersieht er aber das ganze Gebiet der Hypnotherapie mit etwas nüchternem Blicke. Er glaubt, dass diese nach der gegenwärtigen Anschoppungsperiode (période d'engouement actuelle) weiser und bescheidener werden wird und dann auch die gegen dieselbe bestehenden Vorurtheile fallen werden. Referent muss sich schliesslich noch einige Bemerkungen in eigener Sache gestatten. „Contrairement à l'opinion de M. le professeur Miczejewski", bemerkt der Autor auf S. 85 seiner Arbeit, „M. Lowenfeld, de Wilna, a soutenu au congres de Berlin, que c'est dans la grande hystérie que la suggestion trouve une de ses principales indications et qu'elle constitue contre les attaques convulsives un traitement d'une efficacité presque souveraine. Il a pu en constater personellement les bons résultats et recueillir des observations très concluants" (S. 85). Die Versetzung. nach Wilna, welche mir C. angedeihen lässt, kann ich hinnehmen, weil sie glücklicher Weise nur auf dem Papier geschieht, nicht aber die mir zugeschriebenen Behauptungen. Thatsache ist, dass ich auf dem Congresse den Ausführungen Mierzejewski's gegenüber, welcher sich über die Suggestivbehandlung der Hysterie sehr abfällig äusserte, die Unschädlichkeit derselben und die hiermit in manchen Fällen zu erzielenden Erfolge darzulegen versuchte; derselben eine nahezu souveräne Wirksamkeit bei hysterischen Anfällen zuzuschreiben, konnte mir nicht in den Sinn kommen. Die Quelle, welcher C. seine Angaben entnommen hat, ist mir unbekannt; allem Anschein nach hat derselbe ein höchst willkürlich abgefasstes Referat benützt.

L. Löwenfeld.

---

124) Nachtrag zu dem Referat über **Adamkiewicz**: Tafeln zur Orientirung der Gehirnoberfläche des lebenden Menschen. (Cfr. Augustheft 1892.)

In der ersten Besprechung dieser Tafeln bin ich wesentlich auf den allgemeinen Gedanken der optischen Projectiodn er Schädelnähte auf die

Gehirnoberfläche eingegangen, was mir im Hinblick auf meinen vor Adamkiewicz's Publication in diesem Centralblatt veröffentlichten Artikel „Photographische Combination von Gehirn- und Schädelbild" nahelag. Am Schluss habe ich auf das Studium der individuellen Verhältnisse in dieser Richtung hingewiesen.

Im Vertrauen auf die Behauptung, dass naturgetreue Zeichnungen vorliegen, habe ich, offen gestanden, die anatomische Richtigkeit des Dargestellten vorausgesetzt.

Es sind jedoch einige irreführende Bezeichnungsfehler vorhanden. In Tafel II findet sich das folgende verkehrte Verhältniss:

Die als Sulcus interparietalis bezeichnete Furche endigt h i n t e r dem nach hinten und oben gerichteten Abschnitt der fossa Sylvii, während sie bei jedem anderen Gehirne, selbst wenn anderweitig die grössten individuellen Verschiedenheiten vorliegen, in den spitzen Winkel zwischen sulcus R. und obersten Abschnitt der fossa Sylvii hineinragt. S. m. d. h. gyrus supramarginal., der sich um das obere Ende der fossa Sylvii herumziehen sollte, liegt ca. 2 cm nach hinten von dem oberen Ende der fossa Sylvii, welches sonderbar nach v o r n oben gerichtet ist. A. (d. h. gyrus angularis), welcher sich um das obere Ende der I. Temporalfurche herumziehen sollte befindet sich ca. $1^1/_2$ cm nach rückwärts davon.

Einigermassen kommt Ordnung in die Bezeichnungen, wenn man sich A, Sm, Cp, Ca alle ca. 2 cm nach vorn verschoben denkt. Die Fehler sind um so sonderbarer, weil in Tafel IV die Verhältnisse von Sulcus Rolando zu sulc. interparietalis und fossa Sylvii richtig dargestellt sind. Ebenso weisen die Bezeichnungen der Temporalwindungen in Tafel II Fehler auf. Jedenfalls sind die Tafeln dadurch practisch unbrauchbar geworden. Es wäre aber verfehlt, desshalb nun den principiell richtigen Gedanken der optischen Projection von Schädel- und Gehirnbild fallen zu lassen. S o m m e r - Würzburg.

---

125) **Abr. Clod-Hansen** (Kopenhagen): Legemsovelserne's Forhold til aandelig Overanstraengelse. (Körperliche Uebungen und geistige Ueberanstrengung.) Kopenhagen 1892.

Diese Abhandlung ist ursprünglich als Einleitungsvortrag zu der in Helsingborg im Januar 1892 bei der „Nordischen Turnlehrerzusammenkunft" gehaltenen Discussion herausgegeben worden. Sie beschäftigt sich mit den Gefahren für Gehirn und Nervensystem, die aus den Körperübungen entspringen können, und mit den Rücksichten, die genommen werden müssen, wenn das Turnen wirkliche Erholung, aber nicht äusserste Ueberanstrengung bedeuten soll. Verf. hebt die psychische Anspannung hervor, die bei vielen Turnübungen erforderlich ist und schildert die psychische Schlaffheit und Mattigkeit, die diese Uebungen zur Folge haben. Bei geistiger Ueberanstrengung ist zuerst und vor allen Dingen körperliche und geistige Ruhe (Schlaf!) nothwendig. Aber nächst dem können auch g u t g e l e i t e t e körperliche Uebungen ein ausgezeichnetes Hilfsmittel sein, können eine wirkliche Erholung nach der geistigen Anstrengung bilden, was jedoch in der Regel nicht der Fall ist. Die Zeit n a c h energischen Körperanstrengungen eignet sich sehr wenig für Studium und Nachdenken. An Individuen, die viel

geistig arbeiten, darf man überhaupt keine grossen Ansprüche im Turnen machen und besonders sind es gewisse Uebungen, vor allem Neu-Uebungen, die dem Schüler noch fremd sind, und schwierige und complicirte Coordinationsübungen, die nicht anzuempfehlen sind. Im Allgemeinen ist es verkehrt, während der körperlichen Uebungen vom Schüler andauernde Aufmerksamkeit zu verlangen. Mit Waffenübungen darf nicht zu früh begonnen werden und anfangs müssen sie vorzugsweise als Spiel, nicht als Lehrgegenstand betrieben werden.

Dagegen werden auf's wärmste solche Turnübungen anempfohlen, die die einfachsten und für das Kind natürlichsten sind (Verf. beschäftigt sich hauptsächlich mit Schulverhältnissen; bei Erwachsenen hält er die Gefahren für geringer), wie z. B. gehen, laufen, springen, werfen, ziehen, klettern, klimmen, schleudern in ihren einfachsten Formen, ferner alle Arten von Spielen, die eine oder mehrere dieser Bewegungen einschliessen (z. B. Ballspiel). Schliesslich muss auf langsame, stufenweise Steigerung dieser Uebungen geachtet werden und dieselben müssen erfrischend und aufmunternd sein, damit sie die Gedanken aus der durch die Geistesarbeit gegebenen Richtung ablenken und das Interesse der Schüler wach halten.

P. Koch.

---

126) Ueber die Beeinflussung einfacher psychischer Vorgänge durch einige Arzneimittel. Experimentelle Untersuchungen von Prof. **Kraepelin.**

Dass sich an die experimentelle Psychologie der Wundt'schen Schule eine experimentelle Psychopathologie von strenger Wissenschaftlichkeit anschliessen will, ist längst deutlich geworden. Das vorliegende Buch ist W. Wundt gewidmet. Die darin enthaltenen Untersuchungen bedeuten in drei Beziehungen eine weitere Ausbildung der in den früheren Arbeiten Kraepelin's und seiner Schüler schon vorhandenen Grundlagen: 1. Durch die Untersuchung mannnigfaltigerer und verwickelterer psychischer Vorgänge, 2. durch Ausdehnung der Experimente auf eine grössere Anzahl von Arzneistoffen, 3. durch die genaue Berücksichtigung der individuellen Differenzen. Gleichgeblieben ist sich Kr. durch die ausserordentlich genaue Kritik der Fehlerquellen, die als practischer Skepticismus bezeichnet werden muss. Der erste Abschnitt des Buches „Methodik" erhebt sich weit über eine Angabe der speciell zu den darauf folgenden Versuchen angewendeten Methoden und ist eine Art von Einleitung zu einer Individual-Psychologie. Kr. stellt die ausserordentliche Veränderlichkeit des untersuchten Objectes bei diesen psycho-physischen Untersuchungen in den Vordergrund. „In dem leicht beweglichen Elemente unseres inneren Lebens schwanken die veränderlichen Gebilde unseres Bewusstseins hin und her, von jeder flüchtigen Regung in Form und Inhalt beeinflusst, so dass es ebenso schwierig ist, ihre Grösse und ihre Dauer zu bestimmen, wie etwa den genauen Platz auszumessen, den eine Boje auf stürmisch bewegtem Meere einnimmt." Und doch versucht die Wissenschaft den „Verankerungspunkt" derselben zu bestimmen. Dies ist nur möglich bei einer langjährigen und mit strenger Selbstkritik durchgeführten Bearbeitung der gleichen Probleme. Es ist hier vielleicht von Interesse, zu erwähnen, dass die Idee einer wissenschaftlichen Individualpsychologie, welche hier wieder auflebt, ungefähr vor 100 Jahren

schon einmal in Deutschland in Angriff genommen worden ist. Ich verweise auf Moritzen's Magazin für Erfahrungsseelenlehre, welches für die Geschichte der deutschen Psychiatrie unentbehrlich ist. Damals wurden diese Versuche empirischer Psychologie durch das Auftreten Kant's mit einem Schlage vernichtet, was bei ihrer schlechten Fundirung und der Neigung zu kritiklosen Erklärungsversuchen leicht war. Es ist Aussicht vorhanden, dass diese Individualpsychologie jetzt mit grösserem Glück bearbeitet wird. — Das kann nur geschehen durch Anwendung von Methoden, welche es ermöglichen (cfr. pg. 227) „diejenigen Veränderungen in unserem Seelenleben, die wir sonst nur durch das trügerische Hilfsmittel der Selbstbeobachtung in ganz allgemeinen Umrissen zu schildern vermögen, nunmehr in bestimmten Zahlenwerthen auszudrücken und auf gewisse sehr einfache Elementarstörungen zurückzuführen".

Neben der Schwierigkeit, ganz gleiche äussere Versuchsbedingungen herzustellen, kommen besonders die nicht zufälligen Veränderungen in Betracht, welche der psychische Zustand durch die Versuchsarbeit selbst ohne den Einfluss von Medicamenten erleidet. Auch ohne irgend welche äussere Beeinflussung zeigt die psychische Leistungsfähigkeit Schwankungen. (Referent erlaubt sich hier einzuflechten, dass er in einem bald zu veröffentlichenden Fall von Dyslexie in Bezug auf mehrere geistige Functionen einen periodischen Wechsel von Leistungsfähigkeit und Leistungsunfähigkeit beobachtet hat, wo jede äussere Beeinflussung fehlte.) Diese auch normaler Weise vorhandenen Schwankungen der Leistungsfähigkeit erschweren nun die Lösung des Problems der medicamentösen Einwirkung sehr stark. Dieses verlangt also eine eingehende Vorarbeit über die individuelle Leistungsfähigkeit. Kr. hatte u. a. Gelegenheit, bei einer Anzahl von Personen, bei denen letztere von Oehrn schon untersucht war, die Beeinflussung durch Medicamente zu prüfen. —

Von Versuchsmethoden erwähne ich nur folgende: 1. Im Gegensatz zu der gewöhnlichen „intermittirenden" Versuchsanordnung wurde eine „fortlaufende" angewendet, indem die Versuchsperson eine „fortlaufende Reihe ganz gleichartiger Einzelaufgaben zu lösen und dabei in kürzeren, durch Glockensignale angegebenen Pausen mittelst einfacher Zeichen die Menge des überwältigten Stoffes zu markiren hatte". — Hierbei wurden als specielle Aufgaben das Lesen, das Addiren einstelliger Zahlen und das Auswendiglernen von 12stelligen Zahlenreihen verwendet.

Nach einer Kritik der Zeitmessungsmethoden werden dann von Kraep. die Zeitschätzungsmethode und die Versuche mit Associationen in Betracht gezogen. Die Resultate der Untersuchungen, welche in Bezug auf die Beeinflussung durch Alcohol, Thee, Paraldehyd, Chloralhydrat, Morphium, Aether, Chloroform und Amylnitrit angestellt wurden, hat Kr. in einem Coordinatensystem dargestellt, in welchem unten den Abscissen die Zeiten, unter den rothen Curven die centralen motorischen, unter den blauen Curven die centralen sensorischen und intellectuellen Vorgänge, unter Hebung der Curve die Verlangsamung, unter Senkung der Curve die Erleichterung der Function zu verstehen ist.

Wir wollen von den vielen Resultaten nur Weniges herausgreifen. Was den Alcohol betrifft, so ist nach Kr. ausser der Auffassungs- und Urtheils-

störung noch ein zweites Moment vorhanden, nämlich eine Steigerung der centralen motorischen Erregbarkeit, während bisher die Alcoholwirkung wesentlich als Wegfall von Hemmungen gedeutet worden ist (p. 286). „Die Beschleunigung der einfachen und Wahlreactionen, der Lesegeschwindigkeit, des Wiederholens, die, wenn auch geringfügige Steigerung der Dynamometerwerthe weisen mit Bestimmtheit auf eine Erleichterung der motorischen Innervation hin und lassen sich schlechterdings nicht aus einer Schwächung des Urtheils psychologisch erklären".

Die Morphiumwirkung tritt dadurch in Gegensatz zu allen anderen beobachteten Arten der psychischen Beeinflussung, dass bei ihr die Auffassung äusserer Eindrücke sofort erleichtert wird, während die Ausführung des Wahlactes in ganz ähnlichem Tempo erschwert wird. Von besonderem psychiatrischem Interesse sind diese oft scheinbar rein pharmakologischen Untersuchungen besonders in zwei Richtungen, nämlich erstens für die Theorie der Intoxicationspsychosen, zweitens für die Lehre von den Erschöpfungspsychosen. Namentlich für die Theorie der letzteren scheint mir das Fundament in diesem Buche vorzuliegen. Schon in der Einleitung (pg. 10) klingt das Thema in den Bemerkungen über Ermüdung und Erholung leicht an und wird besonders in den beiden fast am Schluss stehenden Abschnitten über Ermüdbarkeit und Widerstandsfähigkeit wieder aufgenommen. Vielleicht gelingt die Lösung einiger Probleme aus dem Gebiet der functionellen Geisteskrankheiten, welche dem Microscop nicht geglückt ist, nun einer kritischen Psychophysik. Sommer-Würzburg.

V. Zur Tagesgeschichte.

Die Psychiatrie der evangelischen Geistlichkeit in Preussen.

Während die psychiatrische Wissenschaft ruhig ihre Arbeit verrichtet und durch Vereinigung vonGehirnstudium und psychologischer Analyse sich den Weg durch das schwierige Gebiet bahnt, zeigen sich in der neuesten Zeit zwei Nebenströmungen, welche im Stande sind, die practische Grundlage dieser Wissenschaft, ihre Geltung in der öffentlichen Meinung und ihre staatliche Organisation zu untergraben.

Auf der einen Seite verwirrt eine jämmerliche psychiatrische Halbbildung, welche vor einem vielköpfigen Auditorium oder in „populären" psychiatrischen Broschüren ausgestreut wird, die Köpfe der Menschen, indem die Geschichte und die Schöpfungen unserer geistigen Heroen psychopathisch speciell psychosexual umgedeutet werden. Unsere politischen Tageszeitungen stecken voll von ganz verkehrten Bruchstücken aus der psychiatrischen Wissenschaft, welche dem gläubigen Publikum in dogmatischer Weise vorgetragen werden. Und das Publikum ist schutzlos gegen diese Ueberschwemmung, weil die practischen Aerzte keine psychiatrische Vorbildung haben, auf Grund deren sie diesem psychiatrischen Unsinn entgegenwirken könnten. Wenn im Publikum von Bacillen, Infection etc. geredet wird, so hat der practische Arzt von der Universität so viel Kenntnisse mit-

gebracht, um bei tausend Gelegenheiten corrigirend auf diese Populärmedicin einwirken zu können. Wenn aber verzerrte Begriffe über Hypnotismus, Hysterie, Psychosexualismus, Degeneration massenhaft in das grössere Publikum dringen, so sind die Aerzte durchaus nicht in der Lage, dieser psychischen Seuche durch ernsthafte und kritische Behandlung dieser Dinge bei tausend Gelegenheiten entgegenzutreten. Der Berliner Vortrag von Moll über Goethe's psychosexuales Verhältniss zu Lili ist nur ein Symptom dieser fortschreitenden Popularisirung der Psychiatrie bei fast völliger Ignoranz der practischen Aerzte in Bezug auf Psychopathologie.*) —

Während also durch solches unreifes und seichtes Uebertragen von psychiatrischen Begriffen auf andere Gebiete die wissenschaftliche Psychiatrie in den Augen der Denkenden discreditirt wird, wird damit der Boden vorbereitet, auf welchem die psychiatrische Saat der Geistlichkeit um so besser gedeiht. Je mehr die wissenschaftliche Psychiatrie durch solche Auswüchse blamirt wird, desto kühner werden die Pläne der Männer, welche nach Abschaffung der Wissenschaft die psychopathischen Zustände auf den Begriff der Sünde und des Besessenseins zurückführen und die Irrenanstalten an die Geistlichkeit ausliefern wollen. Dies ist die zweite der eben gemeinten Nebenströmungen.

Es ist für den psychiatrischen Stand hohe Zeit, diese letztgenannten Pläne ernsthaft in's Auge zu fassen. Heute wollen wir zunächst den Thatbestand aus den Berichten über die Conferenzen evangelischer Irrenseelsorger herausheben und wollen dann gegen diese Thesen einige Antithesen aufstellen, welche vielleicht als gemeinsame Grundlage im Streit gegen diese Bestrebungen dienen können.

Wir drucken also hier zunächst eine Sammlung von Auszügen aus den Berichten über die drei ersten Conferenzen deutscher Irrenseelsorger ab, die, von Herrn v. Bodelschwingh angeregt, zuerst 1889 in Bielefeld getagt haben. Die Citate sind dem Inhalt nach geordnet. Die Zahlen I, II, III vor den einzelnen Citaten geben die Zahl der betr. Conferenzberichte an.

Thesen von Bodelschwingh's auf der I. Irrenseelsorger-Conferenz.

These 8. Der Leib, von der Seele verlassen, verfällt der Verwesung; die Seele, vom Geist verlassen, verfällt in geistigen Tod und zieht den Leib mit in's Verderben hinein, doch ist ein vom hl. Geist verlassener oder gewissenlos verlassener noch nicht einfach geistlos. — Seele und Leib wird dann ein wehrloser Tummelplatz anderer Geister; vom eigenen Geist, Irrgeist, Welt- und Zeitgeist und von bösen Geistern redet die Schrift.

These 9. Die tötliche Krankheit, die Leib und Seele vernichtet, ist die Sünde, und wird derselben kein Einhalt gethan, so versinkt Leib und Seele in den ewigen Tod. Den Anfang ihrer Herrschaft hat die Sünde in der Seele des Menschen begonnen, sie von Gott geschieden, von ihr ward der Leib mit in's Verderben hineingezogen.

---

*) Das einzige Mittel gegen diese Volksseuche ist, wie wir früher schon gesagt haben, die Aufnahme der Psychiatrie unter die ernsthaften Examensfächer in der kommenden Prüfungsordnung für Aerzte.

These 15. Im Allgemeinen kann gesagt werden, dass, je weniger der leibliche Arzt seine medicinischen Mittel bei den Gemüthskranken anwendet, desto besser ist es. Dieselben wirken in den meisten Fällen nur schädigend auf Leib und Seele; der leibliche Arzt kann aber immerhin manche gute Hilfe auch in der Seelenpflege bieten. Demnach ist die Behandlung der Seele die Hauptsache und diese sollte nicht in erster Linie oder gar allein dem Arzte zustehen.

These 18. Es bedarf dazu zwar keineswegs eigentlicher medicinischer Kenntnisse, aber doch einer gründlichen wissenschaftlichen Vorbildung und auch practischer Erfahrung auf dem Gebiet der Irrenpflege.

II, pg. 11, Abs. 2 (Hafner). Die diesseitige Entwicklung zeigt uns Durchkreuzung der positiven Lebensfunctionen durch negative. Es entsteht die Krankheit, der Kampf der positiven und negativen Function. Geschieht die Störung in der somatischen Sphäre, so liegt leibliche Krankheit vor, geschieht sie in der psychischen Sphäre, so liegt seelische Krankheit vor. Durch den Parallelismus der Functionen reflectirt sich jede somatische Störung psychisch und jede psychische Störung somatisch. Eine feinere psychologische Beobachtung kann das erstere jederzeit bestätigen. Die pathologische Anatomie wird vielleicht noch dahin gelangen, das letztere in allen Fällen nachzuweisen.*) Naturgemäss werden sich die somatischen Störungen bei psychischen Erkrankungen in den Organen vor allem zeigen, die bei der gesunden Function hauptsächlich mitfunctioniren, also im Gehirn, vielleicht auch in anderen Partien des Nervensystems. Die Persönlichkeit selbst, die wesentlich Wille ist, kann in der gleichen Weise, wie das willenlose Soma und wie die willenlose Psyche nicht erkranken. Der Geist des Menschen erkrankt mit seinem Willen. Die pneumatische Krankheit ist die Sünde. Von der somatischen und psychischen Krankheit bleibt die Persönlichkeit an und für sich unberührt. Aber das ist zu merken, dass die somatischen und psychischen Störungen die Tendenz haben, in's Persönliche degenerirend einzuwirken. Die letzte Ursache aller Anomalie ist eben die dämonische Welt im weitesten Umfang, die ähnlich gebaut, wie die empirische Welt, ähnlich gebaut, wie der Mikrokosmus mit somatisch und psychisch und pneumatisch Negativem sämmtliche positive Functionen zu stören und zu verderben trachtet.

III, pg. 11. Die sog. Geisteskrankheit ist eine Störung im seelischen Leben, im Gebiet des Fühlens und Erkennens. Das Verbrechen ist eine Störung im geistigen Leben, im Gebiet des Wollens. Die Ursache der Störung liegt bei beiden abnormen Erscheinungen in der dunkeln Welt um uns her und in uns selber, in der dunkeln Welt des Bösen. Diese Welt hat Stoffliches und Psychisches und Pneumatisches, das in das Stoffliche und Psychische und Pneumatische in uns selber unheilvoll hineinwirken kann. Das Psychische ist das Dämonische. Das Pneumatische

*) Ich möchte vorschlagen, Herrn Hafner zum Docenten für allgemeine Psychopathologie zu machen. Sommer.

ist das Satanische. Im letzteren wirkt das Böse als Persönliches, im Dämonischen noch nicht. Der Verbrecher ist satanisch krank geworden. Der Geisteskranke ist dämonisch krank geworden. Weil nun das böse, negative, störende Leben zuletzt ein Reich repräsentirt, streifen die beiden Störungen, die dämonische und satanische an einander und greifen in den Grenzen in einander über. Solch ein Grenzgebiet ist die sog. moralische Krankheit. Es kann ebenso auch natürlich Verbrechen und Geisteskrankheit im gleichen Individuum zusammenwohnen. Aber im Princip ist die Unterschiedenheit von Wahnsinn und Verbrechen festzuhalten.

III, pg. 12, Z. 13 v. u. (Hafner). Die Persönlichkeit des Menschen mit ihren ethischen Qualitäten bleibt die gleiche im Zustand der psychischen Erkrankung. Die Eindrücke auf Gefühl und Intellect sind andere. Das Bild der äusseren und inneren Welt wird bei dem Geisteskranken ein anderes. Er handelt entsprechend diesem veränderten Weltbild, also innerhalb dieses Bildes correct, wenn er sich auch dem Menschen gegenüber, der nicht geisteskrank ist, als verkehrt und albern darstellt. Dass sich in diesem Handeln das Böse mächtig erweist, ist doch lediglich aus der ethisch nicht gefestigten und geförderten Persönlichkeit abzuleiten, nicht aus der Verkehrtheit des Fühlens und Denkens.

III, pg. 14, Abs. 4 u. 5. Die dringende Bitte der Conf., Ref. möge seinen Vortrag im Druck erscheinen lassen, beantwortet P. Hafner damit, dass er demnächst eine Schrift über Irrenpflege erscheinen lasse, worin diese Gedanken noch weiter und genauer ausgeführt würden.

Die Conferenzmitglieder waren von dem Inhalt des Vortrags so befriedigt, dass man, auch um der vorgerückten Zeit willen, von einer weiteren Discussion Abstand nahm.

II, Abs. 3, Z. 2, pg. 14 (Hafner). Er (der Geistliche) hat immer durch's Somatische und durch's Psychische hindurch in's Pneumatische hineinzuschauen, in das centrale moralische Leiden der Persönlichkeit.

III, pg. 7, Abs. 3, Z. 2 (Knodt). Bei Nebukadnezar ist der Wahnsinn eine heilende Gottesstrafe gewesen, weil er sein Königthum nicht für eine Gabe des Himmels erkannte, sondern sich hochmüthig über dasselbe erhob. Nur dann, als der grössenwahnsinnige Herrscher seine Augen demüthig gen Himmel erhob, kam er wieder zur Vernunft. So giebt es also in dem Zustand der geistigen Gestörtheit eine Möglichkeit für die Seele, sich zu Gott zu wenden, zu bekehren: eine Thatsache, die die so oft für überflüssig gehaltene Thätigkeit der Irrenseelsorger in ein ganz anderes Licht setzt.

II, pg. 15, Z. 10 v. u. (v. Bodelschwingh). Das Auge des Glaubens allein sieht auch in diesen umnachteten Gemüthern die Erben des ewigen Lebens, die verklärt werden sollen in das Ebenbild Gottes von einer Klarheit zur andern und das Auge des Glaubens erkennt auch schon hier vielfach in manchen verborgenen Zügen das Wachsthum des inneren Menschen, während der äussere Mensch mehr und mehr verwest. — Was wir an unseren Epileptischen in überraschend vielen Fällen wahrnehmen, dass mit der Abnahme aller Geisteskräfte, namentlich des Gedächtnisses und der Arbeitsfähigkeit auf allen Gebieten — dennoch ausserordentlich liebliche Züge des inneren Wachsthums sich zeigen und trotz der Zerstörung

der Gehirnthätigkeit die Zunahme eines zarten schönen Glaubens- und Liebeslebens und wahrhaft kindlicher Ergebung in Gottes Willen hervortreten, das dürfen wir auch bei manchen sogenannten unheilbaren Irren bemerken.

II, pg. 7, Z. 7 v. u. Die Einwirkung der Kirche auf ihre kranken Glieder wird wesentlich beeinträchtigt und die eingeschlossenen und mundtodten Kranken sind des ihnen so nöthigen religiösen Trostes, dessen segensreicher Einfluss gerade von den grossen, weitblickenden psychiatrischen Aerzten, wie von Jacobi, Griesinger, Roller, Guislain u. A. anerkannt und gefordert wurde, oft in unverantwortlicher Weise beraubt.

II, pg. 14 u. 15 (v. Bodelschwingh). Wie die Kirche in vielen Stücken schwere Versäumnissschulden auf sich liegen hat, so auch in Bezug auf diejenigen Mitmenschen, die ich heute auf das Herz der Versammlung legen möchte: es sind die Bewohner unserer Irrenanstalten, über welche die ärztliche Weisheit den Stab gebrochen hat und denen das Prädicat ertheilt ist „unheilbar — hoffnungslos".

II, p. 29, letzt. Abs. Knodt weist, was die Seelsorge betrifft, auf die grosse Wichtigkeit des Gebets mit und über den Kranken hin.

II, pg. 30, Abs. 4. Bei These 2 greift P. Hafner den Schluss der These an. Er warnt vor allem methodistischen Drängen, will aber doch festgehalten wissen, dass die Bekehrung innerhalb und ausserhalb der Anstalt die Hauptsache sei. Bei These 3 warnt P. Hafner davor, dass die Predigt, die immerhin didactisch sein müsse, doctrinär werde.

III, pg. 33 (P. Fliedner). Die Fürbitte muss das erste sein, durch dieselbe können wir dazu gelangen, innerlich eins zu werden mit den Gefühlen und Bedürfnissen unserer Kranken, und dieses Einswerden ist nach Matth. 18, 19 nöthig, wenn das gemeinsame Gebet fruchtbar werden soll.

In dieser Fürbitte muss man länger fortfahren, muss immer wieder für die Kranken seufzen, wenn man zu ihnen geht oder an sie denkt.

Das gemeinsame Gebet mit den Kranken kann nur stattfinden, wenn die Kranken in Gebetsstimmung sind oder in dieselbe gebracht worden sind. Der häufige Wunsch der Kranken nach gemeinsamem Gebet darf nicht immer erfüllt werden. Oft haben sie von der Wirkung solchen Gebets falsche, krankhafte Meinungen, ähnlich wie Naëman (2. König 5, 11); in solchen Fällen wirkt gemeinsames Gebet gewöhnlich nicht beruhigend und heilsam. Die Kranken müssen erst auf die geistige Höhe hinaufgehoben werden, damit sie mitbeten können.

Bei tief melancholischen Kranken wirkt die wiederholte Versicherung, dass man für sie bete, oft günstiger, als ein lautgesprochenes Gebet, in das sie nicht einstimmen können. Man kann ihnen aber kurze biblische Gebetsseufzer vorsprechen und sagen: „So" musst du beten. Bei maniakalischen Kranken und bei solchen, welche an Ideenflucht leiden, also für gewöhnlich keinen Gedanken festhalten können, muss man einen geeigneten Zeitpunkt abwarten, wo sie vielleicht in Folge einer erschütternden Nachricht aus ihrem Familienkreise innerlich mehr gesammelt sind, dann kann man wohl ein grösseres Gebet mit ihnen sprechen, welches auf den vorliegenden Fall eingehend Bezug nimmt. Am nöthigsten und heilsamsten ist wiederholtes gemeinsames Gebet bei melancholischen Reconvalescenten, welche aufrichtiges Verlangen nach Frieden

haben, aber noch nicht Kraft und Muth genug besitzen, die Gabe Gottes zu ergreifen. Hier kann eine wirkliche Gebetsgemeinschaft stattfinden.

Gebet über die Kranken ist da am Platze, wo sie nicht im Stande sind, selbst mitzubeten, aber auch dem Gebete innerlich nicht mehr widersprechen können, also besonders bei herannahendem Tode, aber zuweilen auch dann, wenn sie von Angstgefühlen ganz beherrscht und gequält werden. Ist das Pflegepersonal derart, dass es in die laut gesprochenen Gebetsseufzer des Geistlichen innerlich einzustimmen vermag, so kann solche gemeinsame Fürbitte, welche über die Kranken gesprochen wird, einen heilsamen Eindruck auf ein hoch erregtes Gemüth hinterlassen, welcher erst später, bei eingetretener Beruhigung, zum Bewusstsein kommt.

II, pg. 17, Z. 7 v. o. Und wo sind die Anstaltsdirectoren, die sich nach solcher Hilfe ausstreckten, die ja für sie auch in der That manches Bedenkliche hat. Sie geben durch den Contract mit solchen Anstalten doch immerhin etwas von ihrer Macht aus der Hand und es wird eine Entsagung von ihnen gefordert, die gerade für den Director einer Irrenanstalt nicht so ganz leicht ist.

These 24. Da es in den meisten Fällen schwer fallen wird, ein befriedigendes Resultat zwischen den leitenden Aerzten öffentlicher und privater Anstalten — wenn jene auf materialistischem Standpunkt stehen — und den Diakonen und Diakonissen-Anstalten in Bezug auf das von letzteren zu bietende Pflegepersonal herzustellen, so erachte ich als das erwünschte letzte Ziel, **dass die Kirche** selbst durch die freie christliche Liebesthätigkeit sich der Irren annimmt, selbst Heilanstalten baut und die ärztliche Hilfe nur soweit in Anspruch nimmt, als dieselbe für die mit der Seelenkrankheit verbundene leibliche Krankheit nöthig ist.

II, pg. 9, Z. 3 v. o. Ob es nicht thunlich sei, in den Anstalten wie in den geordneten Parochien regelmässige Visitationen durch Glieder der kirchlichen Behörde vorzunehmen.

II, pg. 9, Abs. 5. Ob es nicht möglich sei, immer wieder bei Neubauten von Anstalten Zeugniss dafür abzulegen, dass mit paritätischen Anstalten dem wirklichen Wohl der Kranken und dem Rechte der ev. Kirche nicht gedient sei, bei den Staatsbehörden aber vorstellig zu werden, wenn von Seiten einer katholischen Anstaltsleitung bei der Anstellung von Beamten in ungebührlicher Weise verletzt wird.

II, pg. 19, Z. 4. Zum Schluss fasse ich (v. Bodelschwingh) meinen Vortrag in folgende Thesen zusammen:

1. Die freie christliche Liebesthätigkeit hat bei der Irrenpflege zunächst da einzusetzen, wo die staatliche Pflege die grössten Lücken aufweist, bei der Pflege der unheilbar Kranken.

2. Der Dienst der Kirche wird sich nach 3 Richtungen hin nützlich erweisen können: a) durch Stellung christlicher Pflegekräfte für die Abtheilung unserer hoffnungslosen Irren in den Irrenanstalten; b) durch Aufsuchen, Anleiten und Ueberwachen christlicher Familien zur Aufnahme der leichteren Klassen der unheilbar Kranken in offener Pflege.

c. Durch Einrichtung besonderer familienmässig eingerichteter Asyle, die von der freien christlichen Liebesthätigkeit selbst gebaut und erhalten werden.

3. Es ist zu dem Zweck ein Actions-Comité zu bilden, welches es sich zur Aufgabe macht, christliche Asyle für unheilbare Gemüthskranke in allen Gegenden Deutschlands in's Leben zu rufen.

II, pg. 19, Z. 8 v. u. (Hafner). Wenn die Kirche solche Asyle für Unheilbare errichtet hat, kann sie dann auch weiter aufsteigen zu solchen für heilbare Geisteskranke.

II, pg. 18, Z. 13 v. o. (v. Bodelschwingh). Darum wird doch für den grösseren Theil hoffnungsloser Kranker ein dritter Ausweg nöthig sein, nämlich eine anstaltliche christliche Familienpflege einzurichten. Ich denke mir Häuser für höchstens 20—30 Kranke, die noch ganz den Character eines familienmässigen Beisammenwohnens haben, die männlichen Kranken unter verheiratheten Hausvätern, die weiblichen der Regel nach unter Diakonissen, wiewohl auch für diese in Ausnahmefällen ein christliches Ehepaar als Hauseltern möglich gedacht werden kann. Jedes evangelische Diakonissenhaus, jede Diakonenanstalt sollte alsbald beginnen mit einem solchen Zufluchtsort. Man kann ja zunächst mit den bemittelteren Kranken anfangen, um materiell nicht ein zu grosses Wagstück auf sich zu nehmen, doch ist meine Ansicht, dass, nachdem Staat und Stände eingesehen haben, dass die Kirche ihnen diese Kranken besser und billiger verpflegen kann, als wie sie selbst, so werden auch staatliche Mittel zum Bau solcher Häuser gern gewährt werden.

III, pg. 3, Z. 6 v. u. P. Hafner: Wir müssen die Freiheit des Willens im geisteskranken Verbrecher festhalten, wenn wir auch die Factoren nicht alle wissen, die ihn zur That treiben, so bleibt doch im Augenblick der That die Freiheit der Entscheidung für oder wider das Gute übrig.

III, pg. 27, Z. 7 v. u. Auf der anderen Seite gilt es auch, mit vollster Entschlossenheit die Ansicht festzuhalten, wonach man jeden Menschen auch für sein Thun und Lassen verantwortlich macht und ihn nicht zum willenlosen Thier degradirt. Selbst der hochgradig Geisteskranke hat noch ein Gefühl der Schuld und Verantwortlichkeit.

Hier haben wir zunächst den Thatbestand. Wir wollen nun die hierin enthaltenen Hauptsätze zusammenfassend herausheben und unsere Stellung in kurzen Antithesen kennzeichnen.

(Fortsetzung folgt.)

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XVI. Jahrgang. 1893 März. Neue Folge III. Band.

I. Originalien.

Neurasthenie und Syphilis.*)

Von Prof. Paul v. Kowalewsky (Charkow).

Was Neurasthenie ist, weiss jeder Arzt. Wir wollen uns auch wegen der Frage über das Wesen der Neurasthenie nicht aufhalten, da wir uns darüber in einer anderen Arbeit schon ausgesprochen haben. Hier möchte ich mich mit der Frage beschäftigen, in welcher Beziehung Lues und Neurasthenie steht. — Aus den von mir persönlich beobachteten Krankheitsfällen bin ich zu dem Schlusse gekommen, dass die luetische Neurasthenie oder Neurasthenie durch luetische Erkrankung des Centralnervensystems in zwei grosse Gruppen getheilt werden muss. Zu der ersten Gruppe gehören die Fälle von Neurasthenikern mit luetischen Eltern. Wir haben unbestrittene Fälle, wo als Grund der Neurasthenie einzig und allein Lues der Eltern vorliegt. In diesen Fällen dürfen wir mit Recht von hereditärer luetischer Neurasthenie sprechen. In der zweiten Gruppe begegnen wir der Neurasthenie bei Kranken mit ehemals mächtigem, gesundem Nervensystem, welches aber durch erworbene Lues zerstört worden ist — woher diese Fälle luetische erworbene Neurasthenie genannt werden müssen.

Aus der Beobachtung der Neurasthenie bei Luetikern erweist sich, dass in einigen Fällen die Neurasthenie sich hier entwickelt wegen intra- oder extraneuraler Störungen des Centralnervensystems durch das luetische Contagium — in anderen Fällen der Neurasthenie bei Luetischen hat dieselbe nicht die Lues selbst als Grund, sondern eine zu energische antiluetische erschöpfende Behandlung, — und endlich in noch anderen Fällen entwickelt sich die Neurasthenie bei Luetikern nicht durch das luetische Contagium, sondern aus psychischem Grunde — aus dem Bewusstsein von der Krankheit, der Möglichkeit, die Frau und andere Familienmitglieder

*) Bei der Redaction eingegangen August 1892.

anzustecken, aus dem Gedanken an die unvermeidlichen Wirkungen der Krankheit auf die Kinder — und endlich aus dem Bewusstsein von der nahenden Gefahr für sich selbst.

Also theilen wir die Neurasthenie bei Luetischen in 1. hereditär-luetische Neurasthenie, 2. Neurasthenie durch erworbene Lues, 3. durch Inanition, manchmal auch durch Quecksilberbehandlung bedingte Neurasthenie der Luetischen, 4. psychotraumatische Neurasthenie durch die moralischen Leiden des Luetikers und Syphilidophoben bei dem Bewusstsein von der Luesерkrankung. Zu diesen vier Gruppen könnten wir noch eine fünfte anschliessen, in der zu der hereditären oder erworbenen Neurasthenie sich Lues als Complication hinzugesellt, ohne speciellen Zusammenhang mit der Neurasthenie.

In unserer Praxis haben wir diese vier Gruppen der Combination von Neurasthenie und Lues beobachtet und erlauben uns, zu jeder einzelnen Beispiele vorzutragen:

I. M. S., 23 Jahre alt, Student aus Nordrussland. Vater gesunder, kräftiger Mensch, leidet aber an dumpfen Schmerzen in Kopf und Füssen, von denen er befreit wird durch kleine Jod- und Mercurial-Gaben. Mit 26 Jahren hat er (Vater) einen harten Schanker gehabt, auf den Bubonen, Ausschlag, Halsleiden und Haarverlust folgten. Nach Behandlung der Lues, drei Jahre nach der Contagion, heirathete der Kranke. Die Heilung war aber nicht vollständig, da der Kranke nachher noch Ulcerationen an den Füssen, blitzartige Schmerzen in den Füssen, Diplopie und viele andere Symptome der Hirnlues gehabt hatte. Dennoch ist der Vater jetzt mit 56 Jahren ein rüstiger, kräftiger, energischer, psychisch-kräftiger Mann, dank periodischer antiluetischer Behandluug. Die Mutter des Kranken gehört zu einer gesunden Familie; sie selbst ist ganz gesund und hat nie an Nervenleiden gelitten. Sie heirathete mit 18 Jahren. Die ersten vier Schwangerschaften endigten mit einem Abort; unser Kranker wurde nach diesen vier Fehlgeburten geboren. Nach unserem Kranken kamen noch zwei Aborte, dann wurde eine Tochter geboren, die jetzt 20 Jahre alt ist; sie leidet an Knochentuberculose im Knie und an Scoliose. Unser Kranker hatte in der ersten Kindheit Convulsionen, welche im zweiten Jahre vergingen mit Hülfe aromatischer Bäder (?). Zwischen dem vierten und achten Jahre hat unser Kranker an Hautausschlägen, starkem Schnupfen, Eiterkruste auf dem Kopf, Geschwüren in der Region der lymphatischen Drüsen des Halses gelitten. Gegen das 10.—12. Jahr vergingen diese scrophulösen Symptome, wahrscheinlich unter dem Einfluss von Fischleberthran mit Ferrum jodatum. Unser Kranker lebte auf dem Lande bis zum 15. Jahr und war im Ganzen ein kräftiger Junge. Er hatte sehr gute geistige Fähigkeiten, war wissbegierig, lebhaft, sehr begabt, hatte einen guten Character, war gesellig und liebte seine Altersgenossen. Zeitweilig aber litt er an unruhigem Schlafe, fuhr zusammen, wachte oft auf wegen Gefühl, als fiele er in einen Abgrund, sprang aus dem Bette und schlief wieder sitzend ein. Alle diese Erscheinungen waren durchaus nicht constant und kamen nur von Zeit zu Zeit vor. Nach solchen nächtlichen Anfällen blieb er am Tage reizbar, launisch, ungesellig; er verliess seine Beschäftigung, ging in den Garten, wo er sich in Träumereien vertiefte und liebte sich vorzustellen, dass er

einsam in der Welt stehe, von allen verlassen, ungeliebt, ohne Mittel, krank, hungrig, nackt und leidend. Wenn in solchen Augenblicken seine ihn liebende und von ihm geliebte Mutter sich ihm näherte, so war er, unter Einfluss seiner Phantasien, zu ihr grob und schroff. Schelten, Vorwürfe oder Strafe stärkten nur seine Reizbarkeit und Unlust und weckten in ihm Gedanken von Einsamkeit, Hülflosigkeit und taedium vitae. So vergingen 2—3 Tage und unser Kranker ward wieder der vorige lebhafte, gute, lustige Junge. Ausserdem litt unser Kranker zu dieser Zeit an Angst vor Schafen. Er liebte alle Thiere, liebkoste sie — Schafe aber weckten in ihm immer unmotivirten Schreck, Angst und Furcht. Die sexuelle Thätigkeit erwachte ca. im 17 Jahre; mit 19 Jahren begann er sie zu befriedigen, doch mässig, ohne Excesse und normaler Weise. Mit 16 Jahren trat er in's Gymnasium ein, in die fünfte Klasse und beendigte den Cursus nach vier Jahren, bekam auch eine Preismedaille. Auf der Universität arbeitete er sehr fleissig, obgleich er die Gesellschaft nicht vermied. Die oben beschriebenen Anfälle wiederholten sich 1—2mal jährlich, waren nicht stark und folgten meistens nach physischen Erkrankungen (Fieber, Gastritis etc.), oder nach mehreren schlaflosen Nächten und unregelmässigem Leben zur Zeit der Ballsaison. Unser Kranker gebrauchte keine alcoholischen Getränke, rauchte sehr wenig, trank aber zeitweise sehr viel Kaffee. Diese Kaffeetrunksucht erschien nach schlaflosen Nächten mit starker physischer oder psychischer Erschöpfung. Ohne Kaffee fühlte der Kranke sich ermüdet, schwach, matt, reizbar, ungesellig und unfähig zur Arbeit, mit 1—2 Gläsern Kaffee verschwanden alle diese Erscheinungen.

Vor einem Jahre verliebte sich der Kranke unglücklich. Das halbjährige erfolglose Courmachen wirkte sehr schwer auf ihn. Erstens erschien quälende, hartnäckige Schlaflosigkeit. Es war keine eigentliche Schlaflosigkeit, eher aber ein Zustand zwischen Schlafen und Wachen. Traum und Realität vermischten sich — dieser Schlaf konnte den Kranken weder kräftigen noch erfrischen, es schien ihm, als habe er gar nicht geschlafen. Ausserdem war er reizbar, von schlechter Laune und fühlte eine Art Stumpfsinn. Er hört z. B. eine Vorlesung an, ist aufmerksam und hat schliesslich gar nichts verstanden. Ein anderes Mal hat er das Gehörte vollkommen verstanden, kann sich aber darauf nicht concentriren. Er ertappt sich auf diesem Umherschweifen der Gedanken, fühlt sich sehr davon belästigt, kann aber dennoch nichts dagegen thun. Zeitweise leidet der Kranke an Schwäche des Gedächtnisses, welches aber wieder zeitweise sehr scharf wird. Gute Laune wechselt sehr rasch mit schlechter. Im ganzen Körper fühlte er öfter einen Wechsel von völliger Ermattung mit überfliessender Energie und Kraft. Dazu gesellten sich Appetitlosigkeit, Herzklopfen, Herzbeklemmung und zeitweiliges Gefühl wie von einem Stück Eis in der Herzregion. Recht oft empfand er Hitze im Kopf, im Rücken und den Füssen u. s. w.; auch hat er Congestionen und Gefühl von Schwere im Kopf. Nicht selten litt er an Angstanfällen. Ausser der Furcht und Angst, die ihm Schafe einflössten, fühlte er dieselben beim Ansehen Verstorbener und bei Begegnung einer Trauerprocession. Als der Kranke bei mir erschien, zeigte sich dieses Krankheitsbild noch mit sehr vielen Symptomen der Neurasthenie complicirt. — Bei der Untersuchung des Kranken

ergab sich folgendes: Der Schädel dolichocephalisch, ohne Missförmigkeiten. Die Pupillen erweitert, mit geschwächter Lichtreaction. Chronischer Catarrh der Nase. Leichtes Zittern der Zunge. Die lymphatischen Drüsen der Halsregion angeschwollen, Narben an den Stellen der Operation der in der Kindheit vorhanden gewesenen Geschwüre. Herztöne und Herzgrenzen normal, Puls 80—96, sehr rasch und leicht erreglich. Leichte Blutarmuth. Der Magen aufgebläht. Die Sehnenreflexe, namentlich im Knie, gesteigert — dasselbe gilt für die Vasomotoren. In der psychischen Region ist nichts anormales, ausser dem oben Gesagten. — Wir verschrieben dem Kranken: warme electrische Bäder, beruhigende Mittel, arsenica, Milch und vegetabilische Diät. Die Besserung war recht gering und dauerte nur zwei Monate. Nach sorgfältigem Erforschen der Anamnese verschrieb ich dem Kranken noch — decoctum Zitmanni, heisse Bäder, ferr. jod. mit Bosjomer (Caucasus) Mineralwasser und vermehrte Nahrung. Seit dieser letzten Behandlung ist ein Jahr vergangen und unser Kranker ist ganz gesund.

Dieser Fall scheint mir nicht anders zu erklären, als dass die hereditäre Lues, zu der sich das zufällige psychische Moment — die unglückliche Liebe — gesellte, Ursache der Krankheit war. Meine Meinung wurde auch ex nocentibus et juvantibus unterstützt: die antinervöse Behandlung blieb erfolglos; eine specifische antiluetische Behandlung, wie starke Dosen von Jod und Mercur, wäre hier gar nicht passend; eine antinervöse Behandlung, verbunden mit alterantia und Stoffwechsel-befördernden Mitteln und kräftiger Nahrung war angezeigt und half auch wirklich. Solche Fälle von Neurasthenie dürfen mit Recht zu der Gruppe der hereditär-luetischen Neurasthenie gezählt werden.

II. Gesunde Eltern, die nie an Nerven- und Geisteskrankheiten gelitten haben. Der Vater des Kranken ergab sich zeitweilen Alcoholexcessen, doch nicht bis zur Trunksucht. Ein Bruder des Kranken erschoss sich unter dem Eindruck von Unannehmlichkeiten. Die Kindheit des Kranken verging normal, er zeigte keine Abweichungen vom normalen Durchschnitt. Sexuell entwickelt wurde er mit 17 Jahren; keine Excesse in Venere. Als erwachsener Jüngling war der Kranke von kräftigem Bau. Im Jahre 1881, mit 25 Jahren, erwarb der Kranke Lues. Mit Hülfe einer energischen antiluetischen Behandlung verschwanden alle Krankheitssymptome. Nach zwei Jahren erschienen aber Kopfschmerzen, Schwindel und Ohrensausen, jedoch so mässig, dass der Kranke in seinem Militärdienst nicht gestört wurde. Was den Kranken am meisten beunruhigte, waren die „nervösen Erscheinungen“. Er wurde reizbar, ungerecht, händelsüchtig und launisch. Einst kam dem Kranken während einer schlaflosen Nacht der Gedanke, er müsse plötzlich an Paralyse des Herzens oder Hirns sterben. Dieser Gedanke erschütterte den Kranken sehr, dazu gesellten sich Furcht und Angst. Er vermied es, allein in den Strassen zu gehen, vermied auch grosse Gesellschaften, aus Furcht, daselbst zu sterben oder wenigstens in Ohnmacht zu fallen. Er litt an Schlaflosigkeit, fürchtete aber, dabei einzuschlafen wegen des Gedankens: „wenn ich einschlafe — wache ich nicht mehr auf“ — und nahm die unbequemsten Lagen an, um nur nicht einzuschlafen. Oft geschah es ihm plötzlich, dass er auf der Strasse stehen bleiben und einen Wagen nehmen musste, um nach Hause gebracht zu werden. Diese

Krankheitserscheinungen verschwanden rasch bei Gebrauch von 10—15 Einreibungen mit Unguentum cinereum und 8—10 Fläschchen Natrium jodatum, nach 4—5 Monaten aber kamen sie alle wieder zurück. So ging es bis zum Jahre 1887. Zu dieser Zeit wurde eine energische antiluetische Behandlung unternommen, welche den Kranken für 3 Jahre von seinen Krankheitsbeschwerden befreite. Dann aber erschienen wieder die Kopfschmerzen, die neurasthenischen Symptome und die Zwangsvorstellungen. In diesem Zustande wandte sich der Kranke im Jahre 1891 im Caucasus in Piatigorsk (Schwefelbad) an mich. Alcoholische Getränke hat der Kranke nie gebraucht, war gegen ihre Wirkung sehr empfindlich, hat nie geraucht. — Der Kranke ist von grossem Wuchse, mittelmässig kräftig, mit mässigem Fettpolster; die Musculatur ist genügend entwickelt, die Blutquantität auch mässig. Pupillen ungleich, die linke mehr als die rechte erweitert, Lichtreaction geschwächt. Unter der Zunge zwei Narben — Folge luetischer Ulceration; über der rechten Clavicula eine sternförmige vertiefte Narbe; geschwächte sexuelle Potenzie. Kniephänomen gesteigert. Die übrigen Organe und Functionen normal. Der Kranke beklagt sich über Kopfschmerz, Schwindel, Ohrensausen, schwankenden Gang, Schlaflosigkeit, Anfälle von Angst mit Todesgedanken, die ihn nicht verlassen. Er ist immer von dem Gedanken gequält, dass er sogleich an Herz- oder Hirnparalyse sterben müsse, wesshalb er sich fürchtet, zu Bett zu gehen. Er fürchtet sich vor Menschen, fürchtet allein das Haus zu verlassen, fürchtet Gesellschaft. Eigentlich glaubt er an seinen bevorstehenden Tod nicht, wird aber doch von Furcht und Angst davor gequält. Ebenso sehr fürchtet er Ohnmachten, obgleich er sie nie gehabt hatte. Dem Kranken wurden 40 Frictionen zu je einer Drachme verschrieben, ebenso viel Schwefelbäder zu 28—32 Grad in Piatigorsk, eine nahrhafte Diät und regelmässige Lebensart. Der Kranke verliess den Kurort vollkommen gesund. — In diesem Falle von Neurasthenie hatten wir es mit einer rein luetischen Neurasthenie zu thun, durch erworbene Lues hervorgerufen; daher verschrieb ich eine energische antiluetische Behandlung. Sieben Monate nach der Behandlung bekam ich vom Kranken einen Brief, der mir seine völlige Genesung mittheilte.

III. P. Z., 44 Jahre alt, Militär. Vater gesund und kräftig, war im Militärdienst, hatte sehr viel Unglück im Leben und wurde desshalb nach seinem 50. Jahre nervös, händelsüchtig und misstrauisch. — Diese Erscheinungen verstärken sich nach dem Tode seiner Frau. Er starb mit 72 Jahren. Die Mutter des Kranken hatte Lungentuberculose. Unser Kranker wurde geboren, als der Vater im 32. und die Mutter im 24. Jahre standen. Ausser unserem Kranken waren in der Familie noch vier Brüder; der erste und vierte waren nervös. Die Mutter starb, als unser Kranker 7 Jahre alt war und bis zum 31. blieb er ganz gesund. Mit 28 Jahren heirathete er, seine Frau starb nach einem Jahre. Im 31. Jahre bekam der Kranke eine Uretritis, ulcus molle und ulcus durum. Mit Hülfe einer Mercurialbehandlung vergingen die luetischen Erscheinungen sehr bald und der Kranke verbrachte die folgenden sieben Jahre, also bis zu seinem 38. Jahre sehr gut. Zu dieser Zeit erschienen Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, leichter Schwindel und Vergesslichkeit. Einst nach einem Bade fühlte er Schwäche in dem linken Beine und Arme, die rasch unter Wirkung antiluetischer

Behandlung verschwand. 1888 kam ein neuer Anfall von linksseitiger Hemiparesis, doch viel stärker als das vorige Mal; dazu gesellte sich Parese des Sphincter ani et vesicae urinariae. Wieder energische antiluetische Behandlung. Während drei Monaten bekam der Kranke 60 Frictionen zu je einer Drachme mit unguentum cinereum und massenhaft Jod; gegen das Ende dieser Behandlung vergingen die paretischen Erscheinungen beinahe gänzlich. Zu derselben Zeit aber entwickelte sich starke Nervosität — er wurde reizbar, händelsüchtig, launisch und misstrauisch. Es überkamen ihn Anfälle grundloser Furcht und Angst, die sich namentlich verstärkten, wenn der Kranke allein im Zimmer blieb oder wenn er allein ausgehen sollte. Hier brauchte er Jemanden, nicht um ihn zu stützen, sondern um nur nicht ganz allein zu sein; es genügte ihm die blosse Anwesenheit Jemandes. Ausserdem erschienen Unentschlossenheit, Erwartung eines fatalen Ereignisses und grosse Verwirrtheit, wenn er in Gesellschaft kam. Was den Kranken besonders quälte, war fortwährende Erwartung von Unannehmlichkeiten, dabei gesellten sich zu diesem Gefühl Anfälle von Angst. Nach einem Monate bekam der Kranke Angst vor Stühlen: es schien ihm, dass jeder Stuhl, auf den er sich setzte, durchaus brechen müsse. Er besieht den Stuhl, untersucht ihn von allen Seiten und ist von seiner Stärke und Festigkeit vollkommen versichert. Sobald er sich aber gesetzt hat, quält ihn wieder der Gedanke, der Stuhl werde entzweibrechen. — Alle diese Krankheitserscheinungen verstärkten sich während der antiluetischen Behandlung und wurden gegen den dritten Monat der Behandlung sehr intensiv, obgleich die paretischen Erscheinungen zu derselben Zeit verschwanden. Der Kranke litt an Schlaflosigkeit, Unruhe, Aufgeregtheit und gerieth oft in Verzweiflung. Ich muss hinzufügen, dass am Ende der Behandlung der Kranke sehr abgemagert war, an Gewicht verloren hatte, blutarm und geschwächt erschien. Das Aufgeben der antiluetischen Behandlung wirkte schon bessernd auf den Zustand des Kranken, seine Nervosität hörte nicht nur auf, sich weiter zu entwickeln, sondern verminderte sich beträchtlich. Eine tonisirende Behandlung mit Duschen und Electricität wirkte sehr gut und drei Monate nach Beendigung der antiluetischen Cur verging die Nervosität gänzlich.

Im Anfang des Jahres 1891 verstärkten sich wieder die paretischen Erscheinungen und der Kranke fuhr in den Caucasus nach Piatigorsk. Hier besserte sich der Zustand des Kranken nach 40 Frictionen und ebenso viel Schwefelbädern von 29 Grad. Der Gang wurde freier, zeigte keine Coordinationsstörungen der Füsse mehr, die vesica urinaria functionirte gut; mit einem Worte: Beinahe alle Krankheitssymptome, mit denen er in dem Kurort angekommen war, gingen zurück, aber nach der 30. Friction und Bad hatte der Kranke wieder angefangen abzumagern, war erschöpft und im höchsten Grade nervös. Nach Beendigung der antiluetischen Kur entwickelte sich bei dem Kranken eine sehr ausgesprochene Neurasthenie, noch stärker als sie vor zwei Jahren gewesen war und daher wandte er sich noch in Piatigorsk zu mir. Ich schickte ihn in den Nachbarkurort Jelieznowodsk (Eisenbad und Luftkurort), wo er unter meiner Beobachtung blieb.

Der Kranke ist von kräftigem Bau, von grossem Wuchse, mässig stark, mit dünnem Haar. Linksseitige Parese des facialis: die linke Augen-

höhle ist kleiner als die rechte, der linke Nasen- und Mundwinkel stehen niedriger als der rechte, der linke sulcus naso-labialis ist schwächer ausgesprochen als der rechte. Die lymphatischen Drüsen der Halsregion und regio inguinalis sind verhärtet. Auf der rechten Clavicula eine kleine Exostose. Der Kranke ist blutarm, Puls 82, Herz und Lungen normal. Der Magen bietet nichts besonderes, wohl aber starke Blähung des Darms. Dynamometrie der rechten Hand ergiebt 50, der linken 20, die Beweglichkeit der linken Hand ist in allen Richtungen leicht eingeschränkt; die Muskulatur der linken Hand ist etwas rigid, die Sehnenreflexe leicht gesteigert. Dieselben Erscheinungen wiederholen sich am linken Bein und Fuss. Die Sensibilität ist nirgends gestört. Von Seiten der vesica urinaria zeitweilige Retention bemerkt. Der Schlaf ist sehr schlecht, unruhig, nicht dauerhaft, auch nicht erfrischend. Der Kranke ist immer unruhig und aufgeregt, immer in Erwartung, dass ihm etwas Schlimmes passiren müsse. Er erwacht und sucht immer etwas und findet nirgends Ruhe. Oefters hat er Anfälle von Angst und Furcht, die besonders stark werden, wenn er allein bleibt oder wenn er über die Strasse gehen muss. Die Gegenwart eines Kindes genügt, um ihn zu beruhigen. Nach Meinung des Kranken erschienen alle diese Beschwerden während der antiluetischen Behandlung und wurden um so intensiver, je stärker die Kur wurde und die paretischen Erscheinungen schwanden. Mit Beendigung der specifischen Behandlung steigerte sich die Nervosität nicht. Unter Wirkung des Lebens in Jelieznowodsk, einer tonisirenden und beruhigenden Behandlung, allgemeiner Faradisation, Thermocauterisation und Eisenbädern erholte sich der Kranke von seiner Neurasthenie und verliess den Kurort ganz gesund.

In diesem Falle haben wir Neurasthenie bei einem Luetiker, welche aber in umgekehrtem Verhältniss zu der Hirnlues steht. Die Neurasthenie erschien jedesmal zu der Zeit, wo die Symptome der Hirnlues, unter Einwirkung antiluetischer Behandlung, verschwanden. Das hauptsächlichste Moment der Entwickelung der Neurasthenie war die durch die specifische Kur hervorgerufene Erschöpfung. Also war es durchaus keine luetische Neurasthenie, sondern Inanitions-Neurasthenie bei einem Luetiker auf Grund von Erschöpfung durch übermässige antiluetische Behandlung.

Von dieser Inanitions-Neurasthenie muss man noch die Fälle abtrennen, wo die Neurasthenie sich entwickelt auf Grund besonderer Idiosyncrasie der Kranken gegen Mercur oder Jod, wie in den Fällen von Dr. M. Popoff[1]) (Charkoff) und Tichomiroff[2]). Diese letzten sind Fälle von mercurieller und jodaler Neurasthenie, die wir hier nicht erörtern wollen.

IV. N. T., 42 Jahre alt, verheirathet. Eltern, Brüder und Schwester vollkommen gesund. Der Kranke hat in der Kindheit an Fieber gelitten, mit 18 Jahren einen Typhus durchgemacht, mit 27 Jahren eine Lungenentzündung. Mit 25 Jahren heirathete er und hat 5 gesunde Kinder. Sein Familienleben war sehr glücklich, er erfreute sich allgemeiner Achtung, seine Dienstangelegenheiten vollbrachte er immer vollkommen. Vor einem Jahre musste er wegen Dienstangelegenheiten eine Fahrt in eine andere

---

[1]) M. Popoff: Russkaja Medicina, 1892.
[2]) Tichomiroff: Archiv für Psychiatrie von Kowalewsky, 1892.

Stadt unternehmen, wo er nach einem lustigen Abende in leichtem Weinrausch seine eheliche Pflicht verletzte. Die Strafe war grausam — er inficirte sich mit Lues. Glücklicher Weise nahm die Lues einen leichten Verlauf und der Kranke konnte sein Unglück vor Frau und Hausgenossen verbergen. Doch der Gedanke über die Möglichkeit, seine Frau anzustecken, der Gedanke an die Zukunft — an das zukünftige Leben mit seiner Frau und an das Schicksal der künftigen Nachkommenschaft — brachten ihn in Entsetzen. Am Tage vertiefte der Kranke sich in seine Geschäfte und suchte in der Arbeit Vergessenheit, in der Nacht peinigten ihn die fürchterlichsten Gewissensbisse. Diese schreckliche Lage ergänzte sich noch durch die treue Liebe und Besorgniss der liebenden Frau, deren Aufmerksamkeit und Sorge verdoppelt wurden, als sie die Nervosität ihres durch Arbeit sich abspannenden Mannes bemerkte. Bald verliess den Kranken gänzlich der Schlaf, wenn er aber einschlummerte, so quälten ihn schwere Träume, was ihn noch mehr schwächte als Schlaflosigkeit. Er wurde sehr aufgeregt, reizbar, unruhig, jähzornig und allzu geschäftig. Der Kopf war ihm schwer. Die intellectuellen Beschäftigungen ermüdeten ihn, oft verstand er beim Lesen nach kurzer Zeit nicht mehr den Inhalt der Schrift und brauchte eine lange Pause Ruhe, um sich wieder mit Erfolg einige Minuten lang beschäftigen zu können. Ein anderes Mal aber war es das Gegentheil, er zeichnete sich durch aussergewöhnliche Auffassungsfähigkeit aus, die aber von kurzer Dauer war. Oft überfielen den Kranken Anfälle von Angst und Syphilophobie, unter deren Einfluss er nicht selten an Selbstmord dachte. In diesem Zustande von Nervosität und Verzweiflung, welcher schon über ein Jahr dauerte, wandte der Kranke sich an mich, als er oft schon dachte, wahnsinnig geworden zu sein.

Behandlung mit Nerventonicis, moralische Beruhigung, Aufklärung über das Wesen der Lues besserten den Zustand des Kranken und nach einmonatlicher Kur genas er.

In diesem Falle haben wir auch Neurasthenie bei einem Luetiker, doch liegt ihr Ursprung nicht in dem luetischen Contagium, sondern in dem quälenden Gedanken über seine Krankheit und deren Folgen. Die Lueserkrankung wirkte auf ihn wie ein psychischer Schock oder ein Trauma, welches das ganze Nervensystem zerrüttete, seinen Einfluss auf die Herzthätigkeit, Appetit, Nahrungsassimilation, Körperernährung und also auch Ernährung des Nervensystems ausbreitete; dieses letzte namentlich hatte eine Widerstandslosigkeit des Nervensystems, dessen übermässige Aufregung und rasche Ermüdbarkeit zur Folge, was vollends dem Bilde der Neurasthenie entspricht. Daher haben wir hier Neurasthenie bei einem Luetiker, jedoch unter psychotraumatischem Einfluss oder eine psychotraumatische Neurasthenie.

Wohlgemerkt sind reine Fälle dieser vier Arten der Neurasthenie bei Luetikern recht selten, viel öfter beobachten wir Fälle von Neurasthenie mit complicirter Aetiologie, d. h. Fälle, in denen auf den Ausbruch und die Entwickelung der Neurasthenie nicht die eine oder andere Ursache einzig und allein gewirkt hatte — sondern zwei oder mehrere dieser Ursachen zusammen, so z. B. Lues und pathologische Heredität — Lues

und antiluetische abschwächende Behandlung — Lues und moralische Erschütterung — Lues und psychopathologische Heredität u. s. w.

Ich erlaube mir, noch einen Fall von Neurasthenie bei Luetikern vorzutragen, wo zwei Ursachen zusammen auf den Ausbruch der Krankheit wirkten: Lues und psychopathologische Heredität.

V. P. O., 28 Jahre alt, Gutsbesitzer, verheirathet, ist am 10. Januar 1892 in die psychiatrische Klinik gebracht worden. Der Grossvater des Kranken von Vaters Seite war ein jähzorniger, harter Mensch gewesen, öfter machte er Alcoholexcesse. Die Grossmutter war eine kränkliche Frau, verbrachte ihr Leben mit einer Wunde hinter dem Ohr und scrophulösen Erscheinungen, ist immer sehr misstrauisch und eifersüchtig gewesen. Jähzornigkeit und Reizbarkeit wurden auch von dem Vater des Kranken geerbt. Grosse Geldmittel erlaubten ihm, ein Verschwender zu werden. Mit 27 Jahren verliess er den Militärdienst und heirathete. Nach einem Jahre wurde ein Sohn, unser Kranker, geboren; wieder nach einem Jahre wurde der Vater mit Mercurialsalben behandelt wegen Geschwüren (?) auf dem ganzen Körper. Nach dem 34. Jahre seines Lebens erschienen im Character des Vaters unseres Kranken grosse Sonderlichkeiten: vormals gottlos ward er jetzt frömmelnd und scheinheilig, vormals Verschwender — jetzt Geizhals: ausserdem erschienen heftige Gastralgien, massenhafte hypochondrische Vorstellungen und Symptome von Lues cerebri. Die Verwandten der Mutter des Kranken sind alle gesund gewesen. Von den Brüdern des Vaters ist einer an progressiver Paralyse gestorben, drei Schwestern an Tuberculose und eine vierte litt an Tabes, gleichzeitig mit Symptomen von geistiger Krankheit. Der Bruder des Kranken leidet an Migräne, Stottern und Anfällen in der Nacht; eine Schwester ist scophulös gewesen und starb mit Wunden bedeckt, eine andere Schwester starb an Herzparalyse. Ein Vetter erschoss sich ohne jegliche Ursache in der Jugend. Unser Kranker endlich ist von Kindheit auf nervös gewesen, bis zu 11 Jahren stand er ganz unter dem Einflusse seiner Mutter und zeigte keine Krankheitserscheinungen. Mit dem 12. Jahre aber wurde er sehr jähzornig, reizbar und aufregbar. Er fürchtete sich vor Dunkelheit, besonders aber Einsamkeit in der Dunkelheit, dabei stellten sich seiner Einbildung Teufel, Leichen u. s. w. vor. Ausserdem liebte er sehr zu phantasiren, was ihn bis zum Fieber erregte. Von seinem 11. bis zum 13. Jahre verbrachte er in einer Militärschule, wo er alle Gegenstände sehr gut studirte, ausser der Mathematik, die er nicht bewältigen konnte. Zu derselben Zeit erschienen bei ihm Neuralgien in der Inguinal-Region, so stark, dass sie ihn bis zur Ohnmacht brachten. Seit 14 Jahren hörte er auf, sich mit seinen Studien zu beschäftigen und ergab sich dem Lesen von Romanen, was seine Phantasie und seinen sexuellen Trieb noch mehr aufregte; von dieser Zeit an onanirte er. Ausserdem litt er oft an Heimweh und war daher sehr zufrieden, als er aus der 6. Klasse ausgeschlossen wurde. Jetzt brachte man ihn in eine Ackerbauschule; dort beschäftigte er sich jedoch keineswegs mit seinen Studien, sondern mit Liebeleien. Er wurde sehr nervös, jähzornig, reizbar, misstrauisch, launisch und phantastisch. Oft gesellten sich dazu Kopfschmerz und Schlaflosigkeit. Wegen Erfolglosigkeit seiner Ackerbaustudien verliess er die Schule und trat in den Militärdienst. Hier

wiederholten sich die Anfälle von Heimweh, er begann zu trinken, in schlechter Frauengesellschaft zu verkehren und bekam Lues. Nach einem Jahr solchen Treibens wurde das Nervensystem des Kranken gänzlich zerrüttet, es erschienen Zwangsvorstellungen: dass in seinem Kopfe kleine Walzen sich drehen, dass er Jemanden tödten müsse, um zu sehen, was wohl im Kopfe vorgehe. Nachher erschienen Hallucinationen und Illusionen. Zum Beispiel: im Bette liegend sieht der Kranke Teufelchen an der Wand u. s. w. Dann kamen Angstanfälle und Delirien, während deren er beinahe einen Juden tödtete, den er für den Sohn seines Regimentscommandeurs hielt. Bald erschien völlige Verworrenheit, Tobsucht und linksseitige Hemiplegie. In diesem Zustande kam er in meine Klinik, welche er nach dreimonatlicher antiluetischer und neurotonischer Behandlung völlig gesund verliess. Jetzt beschäftigte er sich mit Wirthschaft auf seinem Gut, beruhigte sich, führte ein regelmässiges Leben, heirathete und war ganz zufrieden und glücklich. Jährlich kam er einmal zu mir, damit ich besichtige, ob seine Lues nicht wieder zurückgekehrt sei. Vor 5 Monaten geschah ein Ereigniss, welches sehr schwer auf ihn wirkte; ausserdem dauerten diese Unannehmlichkeiten durch die nahe Nachbarschaft der störenden Person an. Der Kranke wurde wieder höchst aufgeregt, er bekam schlaflose Nächte, Angst, Unruhe, Zittern und Gefühl, als falle er in einen Abgrund, Schmerzen in der rechten Seite, Jähzornigkeit und zwangsvorstellungsartigen Trieb — den Verläumder zu tödten. Der Kranke bat, ihn wieder in die Klinik aufzunehmen, damit er sich beruhigen, erholen und Willenskraft erwerben könne, um der Versuchung nicht zu unterliegen.

Eine monatliche tonisirende Behandlung und kleine Jodgaben blieben nicht ohne Erfolg und der Kranke verliess die Klinik ganz gesund.

In diesem Falle sieht man klar, dass als Grund der Neurasthenie zwei Ursachen gewirkt hatten: pathologische Heredität und erworbene Lues, wobei die letzte auf einen fertigen Boden fiel und das vorher schon existirende Krankheitsbild nur ergänzte.

Wir können noch Fälle von Neurasthenie bei Luetikern beobachten, wo die zwei Krankheiten zusammen wirken und die Lues gar keinen Einfluss auf die Neurasthenie hat, welche unter anderen Einwirkungen entstanden ist.

VI. N., 24 Jahre, Student, trat in meine Klinik im August 1891 ein. Die Mutter des Kranken ist nervös und reizbar. Zur Zeit der Schwangerschaft suchte sie besonders die Einsamkeit und war sehr traurig gestimmt. Der Vater war sehr ungesellig, characterlos und machte Excesse in Baccho. Unser Kranker hatte mit 4 Jahren eine meningitis, welche einen ungünstigen Einflusses auf seine geistigen Fähigkeiten zurückliess. Mit 6 Jahren erlebte er einen heftigen Schreck und stotterte seitdem. Im 7. Jahre begann er lesen zu lernen, war aber sehr zerstreut und stumpfsinnig. Als er 10 Jahre alt war, trat er in eine Realschule, lernte aber schlecht und blieb oft zwei Jahre in einer Klasse. Jedoch mit 16 Jahren ging es besser mit dem Lernen. Sein Wesen war sehr ungleich — besonders überwogen folgende Züge: Furchtsamkeit, Reizbarkeit, Ungeselligkeit, Empfindlichkeit und Jähzornigkeit. Sexuell entwickelt wurde der Kranke zwischen 17—18 Jahren. Mit 19 Jahren trat der Kranke in ein technologisches Institut.

Hier vertiefte er sich völlig in socialistische Ideen, las und studirte viel — doch nicht immer erfolgreich. Nach übermässiger geistiger Anstrengung erschienen Kopfschmerzen, recht oft starke Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, Appetitlosigkeit und Erwartung von etwas Drohendem. Mit 20 Jahren bekam er Lues. Bevor die antiluetische Behandlung beendigt wurde, erkrankte er an Typhus abdominalis. Bald nach seiner Genesung begann er wieder übermässig zu lesen und zu studiren — wieder erschienen starke Kopfschmerzen, Schwäche der geistigen Fähigkeiten, wobei der Kranke sehr oft etwas nicht verstehen konnte, was er sich vorher sehr leicht aneignete. Alles das verursachte, dass er das Institut verlassen musste. Ein zweiter Versuch, die Studien wieder aufzunehmen, blieb ebenso erfolglos — es kamen wieder Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Stumpfheit, dazu gesellten sich Unmöglichkeit, das Gelesene zu verstehen, und Angst. Seine socialistische Begeisterung brachte ihn bis zur Einkerkerung, was sein Nervensystem noch mehr zerrüttete, so dass er in die psychiatrische Klinik gebracht wurde. Nach anderthalbmonatlichem Verbleiben daselbst erholte er sich so weit, um wieder seine Studien aufzunehmen, von denen er jedoch nach 3 Monaten in die Klinik zurückkehren musste.

Die Untersuchung des Kranken ergab folgendes: Ernährung und Blutquantität mässig, Gesichtsausdruck ängstlich, lymphatische Drüsen am Halse und in der Inguinal-Region etwas vergrössert, Schmerzempfindung, Schmerzreflexe und Sehnenreflexe etwas gesteigert. Schlaf unruhig: der Kranke wacht oft auf und hat peinliche Träume. Er leidet oft an schweren, stumpfen Kopfschmerzen, was ihm unmöglich macht, sich zu concentriren und das Gelesene oder Gehörte sich anzueignen. Oft fühlt er, als ob Ameisen über seinen Körper laufen, die Gegenstände scheinen ihm mit einem Flor bedeckt zu sein, so dass er sie nicht klar sehen kann. Die Aufmerksamkeit ist geschwächt, dasselbe gilt für die Aperception der Eindrücke; obgleich der Kranke keine Illusionen und Hallucinationen hat, phantasirt er doch dermassen, dass er die Gegenwart von seinen Phantasien nicht unterscheidet. Zeitweilen hat er Zwangsvorstellungen. Die Fähigkeit des Gedächtnisses ist recht geschwächt. Die Stimmung veränderlich, meistens ängstlich und traurig. Besonders quält den Kranken die geistige Ermüdbarkeit, das Durcheinanderwerfen der Gedanken, die Unmöglichkeit, sich auf einen Gedanken zu concentriren und geistige Verwirrtheit.

In diesem Falle haben wir eine hereditäre und erworbene Neurasthenie, jedoch völlig unabhängig von der Lues, wobei diese letzte Krankheit in gar keiner Beziehung zur Neurasthenie steht und der Kranke gar nicht weiss, wie ernst die Lueserkrankung sein kann.

Auf Grund des Mitgetheilten unterscheide ich vier Arten Neurasthenie bei Luetikern: 1. Neurasthenie durch hereditäre Lues oder Neurasthenia luetica hereditaria, 2. durch erworbene Lues bedingte Neur. asthenie oder Neurasthenia luetica acquisita, 3. Inanitionsneurasthenie der Luetiker, hervorgerufen durch Erschöpfung in Folge einer übermässig energischen antiluetischen Behandlung und 4. psycho-traumatische Neurasthenie der Luetiker, welche sich entwickelt durch die Wirkung der moralischen Qualen, die das Bewusstsein der Luescontagion mit sich bringt.

Diese Gruppirung der Neurasthenie bei Luetikern hat, meiner Meinung nach, eine grosse Bedeutung in therapischer Beziehung, weil in jedem dieser Fälle die zu verschreibende Behandlung natürlich durchaus ungleich sein muss. Die Neurasthenie bei hereditärer Lues fordert eine sehr dauerhafte Behandlung mit alterantia und tonica, wobei Decoctum Zitmanni und ferrum jodatum keine geringe Rolle spielen, auch Mineralwasser, heisse Bäder u. s. w. Neurasthenie durch erworbene Lues fordert eine energische antiluetische, dabei aber auch eine kräftigende Behandlung. Bei Inanitions-Neurasthenie der Luetiker muss die antiluetische Kur sogleich aufgehoben und durch eine kräftigende ersetzt werden. Endlich die psychotraumatische Neurasthenie der Luetiker verlangt eine psychische und tonisirende Therapie, verbunden mit antiluetischer Behandlung. Die Neurasthenie der Luetiker, welche sich durch complicirte Ursachen entwickelt hat, erfordert ebenfalls eine gemischte Behandlung.

II. Referate und Kritiken.

127) **Erik Müller** (Stockholm): Untersuchungen über den Bau der Spinalganglien.

(Nordisk medicinsk Arkiv 1891, Nr. 26.)

Der Verf. hat die Spinalganglien beim Kaninchen, sowohl bei erwachsenen wie bei neugeborenen und sehr jungen Thieren mit Hülfe von Isolationsmethoden und Serienschnitten untersucht. Er beschäftigt sich erst mit der Form und Anordnung der Zellen und zeigt im Gegensatz zu den meisten früheren Autoren, dass die Zellen bei jüngeren Thieren durchaus nicht immer isolirt, eine jede von ihrer besonderen Kapsel umgeben, vorkommen. Sehr häufig finden sich Anhäufungen von Zellen, Zellencolonien, welche mit einander in der innigsten Verbindung stehen und deren Form und Grössenverhältnisse sehr wechselnd sind. Die Colonien sind theils regelmässige, aus drei oder vier Zellen bestehend, von einer kreisrunden Kapsel umgeben, theils unregelmässige, mit Zellen von verschiedener Form und Grösse. Diese Colonien kommen bei älteren Thieren nur in unbedeutender Menge vor und der Verf. meint, dass sie Entwicklungsstadien von Ganglienzellen repräsentiren. Die Entwicklung der Zellen ist eine sehr langsame und wird erst in späteren Zeiträumen des Lebens völlig abgeschlossen. Ueber das Verhalten der Fortsätze dieser Zellen kann der Verf. sich nicht mit Sicherheit aussprechen; nur so viel hält er für bewiesen, dass es im ausgebildeten Ganglion apolare Zellen giebt

Im zweiten Abschnitt wird die Structur der Spinalganglienzellen behandelt. Was das Protoplasma betrifft, stimmt der Verf. vollkommen der Beschreibung Flemming's bei. Die Kerne enthalten in der Regel ein oder zwei Kernkörperchen, mitunter aber auch vier, fünf oder mehrere solcher. Einige Zellen, welche sowohl bei jüngeren wie bei älteren Thieren vorkommen, enthalten Kerne, welche viel mehr Farbstoff aufnehmen wie die übrigen und deren Form in der Regel nicht oval oder rund, sondern

spindelförmig oder eckig ist. Das eigenthümliche Verhalten des Protoplasma, welches von Fritsch und Lahousse beschrieben ist und welches darin bestehen sollte, dass das Protoplasma durch die Kapsel hinaus Fäden in die Zwischensubstanz einsende, kann der Verf. nicht bestätigen. Dagegen meint er gefunden zu haben, dass die Zellen in ihren Kapseln nicht nackt liegen, sondern von einer feinen Membran, aus dem Zellprotoplasma selbst gebildet, umgeben sind.

Von der Stütz- und Bindesubstanz wird im dritten Abschnitt gesprochen. Die Kapsel der Ganglienzellen besteht nach den Untersuchungen M.'s aus einem wirklichen Membran, welche mit den Membranen der anderen Zellen ein zusammenhängendes Ganzes bildet, so dass die Zellen in den Maschen eines Netzwerkes liegen. Wo die Zellen durch grössere Zwischenräume getrennt sind, findet man dieselben von ganz feinen Membranen durchzogen, welche sich an die Kapselmembranen befestigen und den Raum in verschiedene Richtungen durchsetzend, ein Netzwerk mit ganz feinen Maschen bilden. Die Kapsel geht aber aller Wahrscheinlichkeit nach in die Henle'sche Scheide der Nerven über, während die früher beschriebene ektoplasmatische Zellenmembran sich in die Schwann'sche Scheide fortsetzt.

Einige Worte über die Verhältnisse bei Embryonen und die Histiogenese der Spinalganglien werden noch hinzugefügt.

Ueber die Färbungs- und Präparationsmethoden wird überall genaue Auskunft gegeben.

Die Abhandlung, welche deutsch geschrieben ist, ist von zwei Tafeln mit microscopischen Abbildungen begleitet.

Koch (Kopenhagen).

---

128) **W. v. Bechterew**: Ueber die Rindencentra Sphincteris ani et vesicae. — Nach den Versuchen von Dr. J. Meyer.

(Neurol. Centralbl. 1893, Nr. 3.)

Nach den an Hunden angestellten Versuchen, über deren genauere Anordnung das Original nachzulesen ist, liegt das Centrum für die Contractionen des Sphincter ani etwas nach hinten von der Kreuzfurche im hinteren Sigmoidalwindungsabschnitt und zwar näher zu dessen äusserem als zu seinem inneren Rande, während das Centrum für den Sphincter vesicae sich im äusseren Theil des hinteren Sigmoidalwindungsabschnittes unmittelbar hinter dem äusseren Ende der Kreuzfurche befindet.

Hoppe.

---

129) **L. Darkschewitsch** (Moskau): Ueber die Veränderungen in dem centralen Abschnitt eines motorischen Nerven bei Verletzung des peripheren Abschnitts*).

(Neurol. Centralblatt. November 1892, Nr. 21.)

Auf Grund seiner Experimente kommt D. zu dem Schluss, dass eine Verletzung eines motorischen Hirnnerven oder eines gemischten Rücken-

*) Anm. d. Red.: Die Arbeit von Dr. Redlich im Januarheft 1893 dieses Blattes, welche durch Untersuchung nach Amputationen zu ähnlichen Resultaten kommt, ist im October 1892 bei mir eingegangen. Sommer.

marksnerven — wenn dieselbe so beschaffen ist, dass eine Regeneration der Nervenfasern unmöglich stattfinden kann — degenerative Veränderungen sowohl in den Fasern des centralen Nervenstumpfs nach sich zieht, als auch in den Zellenelementen, von denen die motorischen Fasern ihren Ursprung nehmen.

D. hält es auf Grund dieser Ergebnisse nicht für unmöglich, dass die progressive sog. neurotische Muskelatrophie als das Resultat einer Rückenmarksaffection anzusehen ist, welche sich secundär in Folge einer Erkrankung des peripheren Nervensystems entwickelt.

Hoppe.

---

130) **B. Feist** (Eichberg): Ein Fall von Heterotopie im Rückenmarke eines Paralytikers.

(Neurol. Centralbl. 1892, Nr. 15 u. 16.)

Es handelt sich um eine wesentlich in der Aberration mehrerer Faserbündel bestehende Heterotopie der grauen Substanz im Rückenmarke eines 38jährigen Paralytikers, der ausserdem eine stärkere Degeneration der Gollschen, Burdach'schen und Seitenstränge aufwies. Die genauere Beschreibung der in der Höhe der VI. Dorsalnerven beginnenden und nach unten zunehmenden congenitalen Abnormitäten, welche im Original durch zahlreiche Figuren vortrefflich erläutert sind, eignet sich nicht für ein kurzes Referat.

Hoppe (Allenberg).

---

131) **Reinhardt Natvig**: Om fölbare patologiske Forandringer ved reumatiske Affektioner. (Ueber fühlbare pathologische Veränderungen bei rheumatischen Affectionen.)

(Norsk Magazin for Laegevidenskaben 1892, S. 233.)

Der Verf. hebt selbst hervor, dass seine Abhandlung nichts eigentlich Neues bringt, meint aber, dass die in der Ueberschrift erwähnten Veränderungen bisher von Seiten der Collegen nicht die Beachtung gefunden haben, welche sie verdienen. Er giebt eine Uebersicht über das, was in der Literatur über ähnliche Erscheinungen mitgetheilt worden ist und fügt eine Anzahl von Krankengeschichten mit daran geknüpften Bemerkungen bei. Man findet in Fällen von chronischem Rheumatismus sehr oft solche fühlbare Veränderungen in der Haut, dem Bindegewebe, den Muskeln und Nerven oder deren Umgebung. Es sind mehr diffuse Veränderungen in der Konsistenz oder Elasticität der Haut oder man findet Infiltrationen in Form von Knoten und Strängen von verschiedener Grösse. Sehr oft ist dies der Fall bei rheumatischen Trigeminusaffectionen und Ischias; auch in Fällen von Hemicranie und Cephalalgie kommen sie öfters vor. Durch mechanische Behandlung (Massage) hat er in vielen solchen Fällen sehr gute Resultate erzielt.

Koch (Kopenhagen).

---

132) **A. Schönemann**: Hypophysis und Thyreoidea.

(Virch. Arch., Bd. 129, H. 2.)

Verf. untersuchte an einer grösseren Zahl menschlicher Leichen, die aus einer Kropfgegend stammten, die Hypophyse darauf, ob sich in ihr

Veränderungen nachweisen lassen, die dem strumösen Process in irgend einer Weise parallel laufen. Er fand von pathologischen Erscheinungen in der Hypophyse von Strumösen: 1. Reduction der nicht deutlich differenzirten Protoplasmamassen bis zum völligen Schwund und Zusammensetzung des drüsigen Gewebes aus fast ausschliesslich chromophilen Zellen, 2. Wucherung des bindegewebigen Stromas, 3. Entwicklung zahlreicher Gefässe darin, 4. Colloidbildung.

Eine Parallele zwischen Gewicht der Hypophyse und Thyreoidea besteht nicht. Die Entwicklung chromophiler Zellen hält Verf. für einen Degenerationsvorgang des ganzen Organs, welcher Thyreoidea und Hypophyse als zwei genetisch sehr nahe verwandte Organe zugleich betrifft. Nach der Exstirpation der Schilddrüse bei Kaninchen hypertrophirt die Hypophyse und zwar betheiligen sich hierbei nur das kernreiche Protoplasma, während die chromophilen Zellen nicht vermehrt erscheinen (Rogowitsch und Stieda). Ferner untersuchte Verf. die Hypophyse eines an Cochexia thyreopriva Gestorbenen (Fall Kipfer; Tod 6 Jahre nach der Operation im 25. Lebensjahre, s. die Arbeit von Langhans in Virch. Arch., Bd. 128). Das Organ war sehr gross, doch handelte es sich nicht um compensatorische Hypertrophie, sondern der microscopische Befund entsprach völlig den mit Struma combinirten Hypophysen.

Die Hypophyse des in der Arbeit von Langhans erwähnten Cretins war sehr klein und ward bei der microscopischen Untersuchung normal, wenn auch atrophisch, befunden. Die Thyreoidea dieses Cretins bot das Bild einer gewöhnlichen Colloidstruma und war in mässigem Grade gleichmässig vergrössert.

Zum Schluss giebt Verf. eine tabellarische Uebersicht über die Befunde an den untersuchten Hypophysen und Schilddrüsen.

Dr. Feist.

---

133) **Uhthoff**: Ueber die pathologisch-anatomischen Veränderungen der Augenstörungen bei Hirnsyphilis. (Bericht über die XXII. Versammlung der ophthalmologischen Gesellschaft. Heidelberg 1892. — Später Ausführliches darüber in Gräfe's Archiv.)

Uhthoff hat im Ganzen ein Material von 100 Fällen von Hirnsyphilis gesammelt, von denen 17 im Laufe der Zeit zur Autopsie kamen.

Der Bulbus selbst war 2mal mitbetheiligt und zwar einmal unter dem Bilde der Iridochorioiditis specifica (dabei Gefässerkrankung der Retina perivasculitischer Natur), das andere Mal handelte es sich um eine Gummabildung in der Iris. Papillen, Optici, Chiasma, Tractus waren sehr häufig betroffen, 14 mal von den 17 Fällen; in einigen Fällen handelte es sich nur um anatomische Veränderungen ohne Functionsstörungen intra vitam. Stauungspapille wurde 3mal (1mal einseitig), Neuritis optica 2mal, einfache Atrophie der Papillen 3mal constatirt, 6mal war der ophth. Befund negativ.

Die Veränderungen der orbitalen Opticusstämme sind 1. ausgesprochene perineuritische Veränderungen, vom einfachen Hydrops des Zwischenscheidenraumes bis zur hochgradigen descendirenden Perineuritis und interstitiellen Neuritis mit secundärer Atrophie des Opticus selbst; 2. einfache descendirende Atrophie; 3. Befund im Wesentlichen normal,

selbst bei ausgesprochenen basalen Affectionen des optischen Leitungsapparates und in einem Falle eine Obliteration der Arteria ophthalmica. An den intracraniellen Opticusstämmen zeigt sich 1. ausgesprochene gummöse Degeneration, 2. starke Perineuritis, 3. leichtere perineuritische Veränderungen. Das Chiasma zeigt sich relativ häufig afficirt, darunter 4mal intra vitam temporale Hemianopsie. In einem Falle war ein Tractus in seiner ganzen Ausdehnung in eine gummöse Geschwulst verwandelt. Von den Augenmuskelnerven ist der Oculomotorius in diesen 17 Fällen bei Weitem am meisten befallen, 8mal, (darunter 2mal doppelseitig). Der Abducens war 2mal afficirt, Trigeminus 3mal, der Facialis 10mal, der Acusticus 3mal, der Olfactorius 2mal. Bach.

---

135) **K. Helweg**: En kort meddelelse om Rygmarvslaedelsen ved Sulfonalforgiftning. (Kurze Mittheilung über die Veränderung des Rückenmarks bei Sulphonalvergiftung.)

(Hospitalstidende, Bd. X, 1892, S 973.)

In den letzten Jahren sind in der dänischen Literatur mehrere Fälle von Sulphonalvergiftung mit tödtlichem Ausgang von Geill, Fehr und Friedenreich mitgetheilt worden. Die characteristischen und geradezu pathognomonischen Symptome waren rothschwarze Färbung des Urins (auf dem Vorhandensein vom Hämatoporphyrin beruhend), Schmerzen im Unterleib und ausgebreitete, unvollständige Lähmung der willkürlichen Muskeln mit aufwärtssteigendem Typus (in einer gewissen Aehnlichkeit mit der Landry'schen Paralyse).

Bei einem dieser tödtlich verlaufenden Fälle hat H. eine microscopische Untersuchung des Rückenmarks vorgenommen. Es war eine 54jährige Frau, an circulärer Psychose leidend, die drei Monate lang jeden Abend 1 Gramm Sulphonal eingenommen hatte. Die Intoxicationssymptome traten plötzlich auf und unter zunehmender Schwäche starb die Kranke nach Verlauf von 11 Tagen.

Microscopisch zeigte das Rückenmark nichts abnormes. Es wurde gehärtet und die Schnitte mit Carmin gefärbt. Die weisse Substanz zeigte auch microscopisch keine Veränderungen. Auch die graue Substanz, mit Ausnahme der grossen Ganglienzellen, war im Wesentlichen gesund. Dagegen zeigten diese letzteren bedeutende Veränderungen, die in einer Degeneration bestanden, welche der bei acuter Myelitis vorkommenden ganz ähnlich ist. Der Zellkörper schwillt an, wird äusserst feinkörnig, zuletzt homogen, auch der Kern ist vergrössert. Später schwindet aber dieses ganz. Der Zellenkörper schrumpft ein und man findet zuletzt nur einige hin und wieder einen Pigmentklumpen enthaltende, blasse Ueberreste an Stelle der Zelle. Die Degeneration ist am deutlichsten ausgesprochen in den grossen Zellen der Vorderhörner, kommt aber auch in den Clarke'schen Säulen und dem Seitenhorn vor. Der Länge nach tritt sie am meisten hervor in den untersten Theilen des Rückenmarks. H. hat eine Zählung der gesunden Zellen der beiden Vorderhörner in Schnitten aus verschiedenen Höhen vorgenommen und hat dadurch folgende Zahlen gefunden: In der Höhe des N. cervicalis I, 65 (normal durchschnittlich 83), des N. cerv. VIII, 124 (normal 160), des N. thorac. VI, 26 (normal 40), des N.

lumb. I, S1 (normal 148). Es zeigt sich also hierbei, dass die Zellen in recht bedeutender Anzahl zu Grunde gegangen sind.

Koch (Kopenhagen).

---

136) **W. H. Riley:** Report of a case of muscular atrophy with pathological findings in spinal cord.

(The journal of nervous and mental disease, Aug. 1892.)

Ein 44jähriger, erblich belasteter Reisender erkrankte ohne irgend welche Schmerzen an Schwäche der Beine und später des Rumpfes. Bei der Untersuchung fand sich Atrophie einer grossen Anzahl von Muskeln (theilweise EAR) der Beine, sowie des Rumpfes, Fehlen der Sehnenreflexe, Sensibilität normal. Trotzdem Patient mit 40 M. A. (!) electrisirt und sonst energisch behandelt wurde, schritt das Leiden weiter; der Kranke wurde bald an das Bett gefesselt, die Muskelatrophie schritt weiter fort, ergriff die Athemmuskulatur, der Puls wurde schwach und frequent (120); im letzten Lebensmonat schwankte die Temperatur zwischen 37 und 38,2 Grad. Der Tod erfolgte durch Athemlähmung; die Krankheit hatte im Ganzen ein Jahr lang gedauert. Bei der Autopsie fand sich eine Atrophie der Vorderhornganglienzellen und eine Degeneration der Pyramidenstränge. Der Fall lehrt von Neuem, dass auch bei der schlaffen Muskelatrophie die Pyramidenbahnen erheblich erkrankt sein können.

Strauscheid.

---

137) **Hermann Schlesinger** (Wien): Ueber die klinischen Erscheinungsformen der Syringomyelie.

(Neurol. Centralblatt 1893, Nr. 3.)

Zusammenfassende Uebersicht über die bisher bekannten klinischen Erscheinungsforme der Syringomyelie, welche nach S. nicht nur in ihren typischen, sondern auch in den atypischen Formen diagnosticirbar ist. Es wird vielleicht nicht unerwünscht sein, wenn ich die Hauptthatsachen in einem Schema aufführe:

A. Grundtypus: Sitz der Syringomyelie in der Halsanschwellung des Rückenmarks und im oberen Brustmark.

Symptome:

1. Progressive Muskelatrophie nach dem Typus Aran-Duchenne.
2. Sensibilitätsstörungen (häufig mit dem Character einer partiellen Empfindungslähmung.)
3. Trophische Störungen der Haut, Knochen und Gelenke. Vasomotorische Störungen.

   Secretionsanomalien

   Eventuell (je nach der Ausdehnung des Processes) Hirnnervenlähmungen, oculopupilläre Symptome, Motilitätsstörungen der unteren Extremitäten (spastische Paresen), Blasen- und Mastdarmstörungen.

B. Abweichungen:

1. Bild der amyotrophischen Lateralsclerose (differentiale Diagnose in den Sensibilitäts- und trophischen Störungen gegeben).
2. Combination mit anderen Rückenmarkskrankheiten (besonders Degeneration der Hinterstränge, Myelitis, combinirte Systemerkrankung).

3. Beziehungen zur Morvan'schen Erkrankung (bisher zeigten 5 Obductionen von Morvan'scher Krankheit die typischen Rückenmarksveränderungen der Syringomyelie).
4. Beziehungen zur Raynaud'schen Krankheit (ein allerdings sehr seltenes Symptom der Syringomyelie).
5. Beziehungen zur Acromegalie (mehrere gewissenhafte Beobachter haben bei klinisch festgestellter Syringomyelie die ungewöhnliche Entwicklung gipfelnder Theile des Körpers hervorgehoben; in einem Falle von Acromegalie wurde bei der Section Höhlenbildung im Rückenmark constatirt).
6. Beziehungen zur Osteo-Arthropathie hypertrophiante pneumonique (Marie, Bamberger) in 3 Fällen constatirt.
7. Beziehungen zu Pemphigus (mit Mittheilung eines durch die Obduction bestätigten Falles von Syringomyelie). Spontane Blasenbildung nach S. ein sehr häufiges Symptom der Syringomyelie.
8. Beziehungen zur Hysterie (es sind mehrfach Fälle von Syringomyelie intra vitam für Hysterie gehalten worden). Hoppe.

---

138) **A. Souques** (Paris): Un nouveau cas de syringomyelie type Morvan.
(Nouvelle iconographie de la Salpêtrière 1892, Nr. 5.)

Ein 62jähriger umherfahrender Obsthändler verbrannte sich im Jahre 1885 am Ofen die Hände, ohne dass er etwas davon spürte. Später traten schwere Panaritien auf, welche hochgradige Verstümmelung der Finger und Zehen hervorriefen, von denen mehrere amputirt werden mussten. In den amputirten Gliedern konnte Gombault (bekanntlich die erste Veröffentlichung eines pathologisch-anatomischen Befundes bei Morvan'scher Krankheit) eine schwere Neuritis nachweisen. Bis zum Jahre 1891 konnte Pat. noch seiner Beschäftigung nachgehen, dann musste er Aufnahme im Hospital suchen. Bei der Untersuchung fand sich eine doppelseitige Peroneuslähmung (EAR); erhöhte Sehnenreflexe. Subjective Sensibilitätsstörungen sind sehr gering. Die Hände und Vorderarme, die Füsse und Beine bis zur Mitte des Oberschenkels sind vollkommen anästhetisch (für Tast-, Temperatur-, Schmerz- und Muskelsinn); nur die Fusssohlen sind fühlend. An den Grenzen der anästhetischen Bezirke findet man zuweilen partielle Empfindungslähmung. Schwere Verstümmelungen der Finger und Zehen, ausgedehnte Brandnarben, mehrere maux perforants der Füsse lenken sofort die Aufmerksamkeit auf sich. Sonst ist das Allgemeinbefinden des Kranken ein befriedigendes. Es handelt sich also um einen Fall von Morvan'schem Typus der Syringomyelie, wie sie von Joffroy und Achard zuerst anatomisch nachgewiesen worden ist.
Strauscheid.

---

139) **Robert Abbe** and **William Coley:** Syringomyelia, operation; exploration of cord; with drawal of fluid; exhibition of patient.
(The journal of nervous and mental disease, July 1892.)

Ein 26jähriger Telegraphist, der früher Cerebrospinalmeningitis und Syphilis durchgemacht hatte, erkrankte vor 4 Jahren an leichter Schwäche des linken Beines mit taubem Gefühl darin; nach kurzer Zeit traten dieselben Symptome im rechten Fusse auf; im folgenden Jahre plötzliche

Paraplegie, die sich bald wenigstens etwas besserte. Allmählich entwickelte sich nun ein Zustand von spastischer Lähmung hauptsächlich des rechten Beines und Anästhesie des linken Beines, sowie beiderseitiger Anästhesie des Rumpfes bis etwas über Nabelhöhe. Er hatte manchmal Schmerzen in den Beinen und öfters unwillkürliche Muskelzuckungen daselbst. In den anästhetischen Bezirken war das Schmerz- und Temperaturgefühl viel stärker gestört wie das Tastgefühl; rechts ging die anästhetische Zone bis zum 8., links bis zum 12. Dorsalwirbel. In der Annahme, dass diese Halbseitenläsion des Rückenmarks durch einen Tumor bedingt sei, schritten die Verfasser zur Operation. Hierbei fand sich, dass das Rückenmark an der Operationsstelle um das Doppelte seines Volumens verdickt, dagegen seitlich etwas verdünnt war. Bei der Palpation fühlte man im Innern desselben eine citronenförmige Cyste; aus dieser wurde mit einer Pravaz'schen Spritze ca. 6 gr. einer wasserklaren Flüssigkeit aspirirt, worauf die Cyste zusammenfiel. Heilung erfolgte prompt. Einige Zeit nachher hatte die Rigität der Beine etwas nachgelassen, sonst war der Zustand wesentlich derselbe. Nach 3 Monaten trat eine plötzliche Verschlimmerung des Zustandes und insbesondere der spastischen Symptome ein, dazu trat eine schmerzhafte Cystitis, deren Folgen Patient innerhalb eines Monats erlag. Die Section wurde nicht gestattet. Strauscheid.

---

140) **J. Borelius**: Två fall af hjernskada med lokalsymptom, trepanationer. (Zwei Fälle von Hirnverletzungen mit Localsymptomen.)
(Hygiea, 54. Bd., 1892, S. 145.)

I. Artillerist, 21 Jahre, erhielt von einem Kameraden einen Schlag mit dem Säbelgefäss gleich oberhalb des linken Ohres, verlor das Bewusstsein und wurde in's Krankenhaus gebracht. Hier kam er wieder zu sich, antwortete jedoch nicht auf Fragen, war stumpfsinnig und schläfrig. 3—4 cm. oberhalb des linken Ohres befanden sich zwei Wunden von je 2 cm Länge, in deren Tiefe mittelst der Sonde eine complicirte Fractur des Schädels constatirt wurde. Trepanation. Eine Menge kleiner Knochenstücke wurde entfernt, die Dura war perforirt. Er wurde in den Tagen nach der Operation nach und nach lebhafter; es fand keine Lähmung der Extremitäten statt, dagegen eine ausgesprochene sensorische Aphasie, welche an dem 7. Tage nach der Läsion verschwand, und eine peripherische Facialisparese mit Geschmackverlust der linken Zungenhälfte von vierwöchentlicher Dauer, wahrscheinlich von einer Basisfractur herrührend. Die Untersuchung der nervösen Symptome ist etwas unvollständig.

II. Mädchen, 26 Jahre, erhielt, 13 Jahre alt, einen Schlag auf die linke Kopfhälfte, wurde gleich an den beiden rechten Extremitäten gelähmt, konnte ein halbes Jahr lang nicht gehen, 1—2 Jahre nicht sprechen oder lesen. Diese Symptome besserten sich nach und nach, doch besteht noch immer eine rechtsseitige Hemiparesis spastica mit Atrophie und Contractur der oberen Extremitäten. Epileptiforme Anfälle stellten sich mehrmals in den gelähmten Extremitäten ein, doch nicht in den letzten 4 Jahren. Die Sensibilität war auf der rechten Seite etwas herabgesetzt. In der linken Parietalregion fand sich eine Depression des Craniums von etwa Zweimark-Grösse. Trepanation. Periost, Dura und die äusserste Schicht der Cortical-

substanz waren zusammengewachsen, die Corticalsubstanz ausserdem in ihrer ganzen Tiefe roth gefärbt und locker. Nach Entfernung dieses degenerirten Gewebes zeigte sich in der Tiefe eine Cyste von der Grösse eines Hühnereies. So viel wie möglich wurde von der Wand der Cyste entfernt, eine recht bedeutende Blutung aus einem kleinen Duragefäss mittelst Tamponade sistirt; Drainage mit Jodoformgaze. Nach der Operation einige Besserung der Contractur. Siebzehn Tage später war die Wunde geheilt. An dem 26. Tage aber wurde der Zustand der Kranken schlechter, es zeigten sich Symptome von Hirndruck. Trotz Wiedereröffnung der Wunde und Entfernung von Blutkoagula verschlechterte sich der Zustand zunehmend und unter Fieber und Sopor starb die Kranke fünf Wochen nach der Operation. Bei der Section zeigte sich eine Meningitis baseos cerebri. Die Cyste hatte grössere Theile der Centralgyri, sowie mehrere angrenzende Gyri und ausserdem den hinteren Theil der Capsula interna und einen bedeutenden Theil des Centrum ovale zerstört. Koch (Kopenhagen).

141) **Henry Percy Dean**; A case of cerebellar abscess successfully treated by operation.

(The Lancet, 30. Juli 1892)

In den meisten Fällen von Hirn-Abscess nach Otitis media ist es unmöglich zu sagen, ob der Abscess im Schläfenlappen oder im Kleinhirn sitzt, besonders wenn der Abscess rechts sitzt. Bei linksseitigem Sitz kann eine Sprachstörung auf den Schläfenlappen hindeuten. In verschiedenen Fällen ist vergeblich eine Trepanation am Kleinhirn oder an den Schläfenlappen gemacht worden und bei der Section fand man den Abscess im ersteren Fall am Schläfenlappen, im zweiten Fall im Kleinhirn. Desshalb ist vorgeschlagen, der ersten vergeblichen gleich eine zweite Trepanation an der anderen Stelle anzuschliessen; doch hält D. das für zu gefahrvoll. Er will desshalb, dass der Chirurg gleich die erste Trepanöffnung so anlegt, dass von dieser aus der Schläfenlappen und das Kleinhirn, also ober- und unterhalb des Tentorium explorirt werden kann. Er empfiehlt desshalb, den Trepan 1 Zoll hinter und $^1/_4$ Zoll oberhalb des meatus externus anzusetzen, wo der sinus lateralis und die Dura dicht über ihm freigelegt wird; erweitert man nach oben, so kann man den Schläfenlappen, erweitert man nach unten hinten über den sinus lateralis hinweg, so kann man das Kleinhirn exploriren. Hiernach wurde von D. in folgendem Fall mit günstigem Erfolg verfahren:

F. B., 14jähriges Mädchen, aufgenommen am 20. IV., 92; bis vor 5 Jahren gesund. Damals Schmerz auf dem rechten Ohr; Eiterabfluss, der sich oft wiederholt. Gegenwärtige Krankheit begann vor 3 Wochen mit heftigem Schmerz auf dem rechten Ohr und in der rechten Kopfhälfte, besonders in der Warzenfortsatzgegend; Bewusstsein benommen; keine deutliche Lähmung; weite gleiche Pupillen; unvollkommene Lichtreaction; deutliche doppelseitige Neuritis optica. Eiter im rechten meatus audit.

Chloroformirung; rechtes Ohr: Trommelfell fehlt; Mittelohr mit Granulationen gefüllt. Eröffnung des Warzenfortsatzes. Darnach vorübergehende Besserung bis 30. April. Dann Verschlechterung: Schläfrigkeit, Kopfschmerz rechts in der Warzenfortsatzgegend, keine Anästhesien oder Paresen, kein

Erbrechen, keine Uebelkeit, Puls 64, gelegentlich intermittirend, Temperatur 97,4 F. Plötzlich Temperatur 103,2, Erbrechen; am folgenden Tag 97,2 Puls 56. Es wird ein Hirnabscess vermuthet und am 3. Mai zur Operation geschritten: Trepanation 1 Zoll hinter- und $^1/_2$ Zoll oberhalb des meat. audit. extern.; Freilegung des sinus lateralis am unteren Theil der Oeffnung und darüber der Dura, die stark pulsirte. Einschneiden der Dura; Gehirn drängt sich vor. Punction des Schläfenlappens und des Seitenventrikels, ergiebt keinen Eiter. Punction des sinus lateralis lässt Blut ausfliessens Entfernen von Knochen nach unten und hinten mit der Knochenzange. Freilegung des ganzen sinus lateralis und der Dura unterhalb desselben.; Einschnitt in die Dura. Probepunction in's Kleinhirn. Bei dem zweiten Einstich des Troicarts wird Eiter gefunden, welcher abfliesst. Drainage. Heilung. R. Wichmann.

---

142) **Ferrier**: Tumour of the left Frontal Lobe.
(The Lancet. 4. Juni 1892. pg. 1240.)

W. S., 40 Jahre alt, verheirathet, wird am 30. Juni 1891 in King's College Hospital aufgenommen. Im 17. Jahre Stoss von einem Wagen; eine Woche lang bewusstlos. Völlig geheilt. Gesund bis October 1890. Damals starke Erkältung. Seitdem „war er nicht mehr derselbe Mann wie früher". Gedächtnissschwäche; erträgt keine Anstrengung mehr; verfällt leicht in Schlaf; apathischer Zustand; Enuresis. Bei der Aufnahme gutes Aussehen. Ausdruck des Gesichts dumm, gedankenlos, nimmt keine Notiz von seiner Umgebung, muss zum Antworten aufgemuntert werden; antwortet dann aber verständig. Urinincontinenz. Keine motorische Lähmung. Ueber Sensibilität lässt sich nichts Sicheres erfahren. Gesicht, Gehör, tactile Sensibilität scheinen gut. Patellarreflexe gleich. Plantarreflex deutlich. Pupillen klein; reagiren auf Licht. Doppelseitige typische Neuritis optica. Kein Kopfschmerz. Bei starkem Druck auf die linke fronto-parietal-Gegend fährt er gewöhnlich zurück.

October: Verschlimmerung; geistige Störung nimmt zu: kann seinen Namen nicht mehr angeben. Es scheint etwas Schwäche im rechten Bein zu bestehen. Gang schwankend. Rechte Pupille grösser. Januar 1892 Influenza. 26. I. 92 Tod mit 106^0 F. Temperatur gleich nach dem Tod.

Obduction: Hypostatische Pneumonie in beiden Lungen. Der vordere Theil des linken Frontallappens von einem grossen Tumor eingenommen; 3 Zoll von oben nach unten und 2 Zoll von vorn nach hinten. Er erstreckt sich von der äusseren bis zur nasalen Oberfläche des Lappens. Dura adhärent. Beim Anblick von aussen lag der Tumor frontal in der aufsteigenden Stirnwindung. Der obere gyrus frontal. begrenzt den hinteren Rand der Geschwulst, ebenfalls der obere sulcus frontalis. Die mittlere Stirnwindung war vorn verbreitert und grenzte gegen den Rand des Tumors. Die Broca'sche Windung war nach hinten dislocirt. Die mediane Oberfläche des Stirnlappens war ganz durch Tumor ersetzt. Der Tumor lag vorn vom genu corpor. callos. und gyrus fornicatus.. Microscopisch ergab er sich als Fibro-Sarcom. R. Wichmann.

---

143) **Harcourt Anderson** (New-York): „Graphospasmus".
(The Medical Record, 24. September 92.)

Nach Verf. ist es am wahrscheinlichsten, dass die anatomische Ursache des Schreibekrampfes im Kleinhirn liegt: Reizung oder Krankheit der hier befindlichen Centren für die Coordination der Armmuskeln bringen ihn hervor. — In therapeutischer Hinsicht empfiehlt Verf. je nach den verschiedenen Formen des Krampfes Ruhe, Nussbaum's Apparat, Galvanisation (Ka in den Nacken, An. stabil auf die Nervenstämme des Arms, schwache Ströme), endlich einen von ihm erfundenen, einfachen Gummizugapparat, der im Wesentlichen den Zweck hat, auf mechanische Weise dem Spasmus der Ober- und Untermuskeln entgegenzuwirken. Voigt.

---

144) **Charles W. Burr** (Philadelphia): Cases of unusual forms of spasm reported from the clinics of S. Weir Mitchell.
(The journal of nervous and mental disease. May 1892.)

Ein 16jähriger Student, nicht belastet, erkrankte vor 5 Jahren ohne erkennbare Ursache. Wenn er seinen Gang änderte, wurden die Kniee momentan steif; wenn er vom Stuhle aufstand und zum Lehrer sprach, traten in den Armen choreatische Bewegungen auf. Der Zustand verschlimmerte sich im Laufe der Jahre. Reflexe jetzt stark erhöht, Fussclonus, Gang leicht gestört. Sensibilität gut, keine Ataxie, kein Tremor, ausser beim Schreiben. Durch willkürliche Bewegungen, wie Aufstehen, Aenderung des Gehens etc. werden eigenthümliche Anfälle ausgelöst. Zuerst zeigt die linke Hand wilde athetoïde Bewegungen des Oeffnens und Schliessens, bald folgt die rechte Hand mit wilden, ruckartigen choreatischen Bewegungen, der Körper wird stark gebeugt, das Gesicht macht Grimassen, schliesslich sinkt er hin und der ganze Körper macht choreatische Bewegungen; Bewusstsein frei, nie Verletzung; Dauer ca. 1 Minute. Gemüthsbewegungen sind auf die Anfälle ohne jeden Einfluss. Intelligenz vorzüglich. Kein Zeichen von Hysterie. In der Ruhe wie im Schlaf nie Anfälle. Wenn Patient liegt, ist es nicht möglich, durch irgendwelchen Reiz einen Anfall hervorzurufen. Häufigkeit der Anfälle von 30 im Tage bis zu keinem in 3 Wochen.

Verf. hält den Fall für einen von wahrem spinalem Spasmus; Epilepsie und Hysterie werden ausgeschlossen.

Der zweite Fall betrifft einen 48jährigen Schneider, der an Hysterie leidet. Durch gemüthliche Störungen und weit häufiger durch willkürliche Bewegungen werden epileptiforme oder choreaartige Spasmen in Armen und Beinen ausgelöst. —

Ein 20jähriges Fräulein erkrankte im 6. Lebensjahre an Schwäche des linken Armes; zugleich ging sie mit einem Fuss (welchem?) auf den Zehen. Mit 9 Jahren Scoliosis. Mit 14 Jahren Menstruation und zugleich unwillkürliche Bewegungen im linken Arme bei einzelnen gewollten Bewegungen. Jetzt constanter Tremor des ganzen Körpers mit Ausnahme des Kopfes; besonders stark im linken Arm und rechten Bein; der Tremor kann für einen Augenblick unterdrückt werden. Bei grossen willkürlichen Bewegungen des linken Armes und rechten Beines treten in diesen heftige choreatische Zuckungen auf. Gemüthsbewegungen verstärken beide Arten

von Spasmus. Keine wirkliche Lähmung, keine Ataxie, Gang schwankend. Sensibilität normal. Sehnenreflex sehr stark. Psyche normal, leichte Erregbarkeit. Unsicherheit des Verf., ob er die choreatischen Bewegungen nach willkürlichen Akten auf cerebrale oder spinale Störung beziehen soll.

23jährige Näherin, aus gesunder Familie, war gesund bis 15 Jahren, zur Zeit ihrer dritten Menstruation. Zunächst traten mehrere hysterische Anfälle auf. Später traten eines Tages, als sie von einem niedrigen Stuhle aufstehen wollte, wilde, seltsame Zuckungen in Händen und Füssen, starkes Beugen des Körpers auf; nachher hysterisches Weinen. Seit dieser Zeit stets Spasmen, wenn sie vom Sitzen aufstand. Sehnenreflexe stark erhöht; Gang normal. Die Zuckungen waren choreatische, die sich von unten nach oben rasch verbreiteten und ca. $^1/_2$ Minute dauerten. Sie traten nie bei einer anderen Bewegung oder Handlung auf. Verf. erinnert im Vergleich zu diesem Falle an andere von Bamberger und Gowers.

Strauscheid.

---

145) **Storm Bull**: Studier over Aetiologien af Spasmus glottidis hos Born (Untersuchungen über die Aetiologie des Spasmus glottidis der Kinder.)

(Norsk Magazin for Laegevidenskaben, 4 R., VII. Bd., 1892, S. 663.)

Das Verhältniss zwischen Spasmus glottidis und Rachitis ist ja noch immer eine offene Frage, obschon die meisten Verfasser wohl jetzt geneigt sind, eine intime Verbindung der beiden Krankheiten anzunehmen.

Storm Bull hat in 100 Fällen von Spasmus glottidis, die in den Jahren 1879 bis 1892 in der Kinderpoliklinik in Christiania vorgekommen sind, bei 94 unzweifelhafte Zeichen von Rachitis gefunden. Ausserdem wurden die Kinder ziemlich genau in demselben Alter und zu derselben Jahreszeit von den beiden Krankheiten heimgesucht. Wenn nicht in allen Fällen des Spasmus glottidis rachitische Symptome im Knochensystem vorgefunden werden, so kann dies daher kommen, dass der Krampf eines der frühesten Symptome der Rachitis sein kann. Der Verf. ist desshalb geneigt, den Spasmus glottidis einfach als Symptom des eigenthümlichen Leidens des Nervensystems bei rachitischen Kindern aufzufassen. Als Gelegenheitsursachen können alle Zustände, die direct oder reflectorisch die motorischen Aeste des Vagus reizen, bezeichnet werden, am häufigsten solche, die den Kehlkopf selbst afficiren, wie Schreien, Husten oder Schlingen. Auch Reizzustände des Darmkanals (Diarrhöe) oder beim Zahnen können ausnahmsweise einige Bedeutung haben.

Koch (Kopenhagen).

---

146) **Imogene Bassatte** (Philadelphia): The paralyses in children which occur during and after infectious diseases.

(The journal of nervous and mental disease. July 1892.)

Verf. veröffentlicht eine grössere Anzahl von Lähmungen bei Kindern, welche im Anschluss an Infectionskrankheiten auftraten und theilweise auf Erkrankungen des Gehirns, theilweise des Rückenmarks und theilweise der peripheren Nerven zu beziehen waren. Natürlich sind in einer Anzahl von Fällen die verschiedenen Abschnitte des Nervensystems zusammen betroffen. In der Deutung einzelner Krankheitsbilder dürften wohl manche Leser mit

dem Verf. differiren. Von den Infectionskrankheiten werden in Betracht gezogen Masern, Scharlach, Diphtheritis, Keuchhusten, Mumps, Influenza, Malaria und Typhus. Auf Einzelheiten hier einzugehen würde zu weit führen.

Strauscheid.

---

147) Dr. **L. Burckhardt**: Tetanie im Kindesalter.

(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1893, Nr. 1.)

Ein $7^1/_2$jähriger neuropathisch belasteter Junge bekam, nachdem er schon einige Tage misslaunisch und mürrisch war, einen heftigen krampfartigen Husten mit zweimaligem Erbrechen. In der folgenden Nacht lange anhaltender Anfall von Larynxstenose. Am anderen Tage 38,5 und Kopfschmerzen, unruhiger Schlaf mit Hustenanfällen und Auffahren im Schlaf mit lautem, kreischendem Schreien. Bald darauf eigenthümliche krampfartige Haltung beider Hände und dann Unfähigkeit zu gehen in Folge starker Contracturen der Knie- und Fussgelenke. Im Spital werden Contracturen in allen Gliedmassen und Fehlen der Sehnenreflexe constatirt. Zwei Tage später konnte das Trousseau'sche und Tags darauf das Facialisphänomen bei gesteigerter mechanischer und faradischer Erregbarkeit der Muskulatur constatirt werden. Nach 10 Wochen waren die Erscheinungen der spontanen Krämpfe ganz verschwunden, doch trat bald wieder ein leichtes Recidiv auf, bei dem aber die Sehnenreflexe erhalten blieben. Ref. verweist an dieser Stelle auf die interessante Arbeit von Loos (50. Band des Deutschen Archiv für klin. Medicin), der die Tatanie als eine im Kindesalter häufige, wohl characterisirte, durch den Laryngospasmus sich leicht verrathende Erkrankung im Kindesalter auffasst.

Dr. Feist.

---

148) **S. H. Scheiber**: Rechtsseitige cerebrale Kinderlähmung.

(Orvosi hetilap 1892, Nr. 24.) (Sitzungsbericht XIX. vom 4. Juni 1892.)

Das jetzt 21 Monat alte Mädchen wurde asphyctisch geboren. Die Geburt war eine protrahirte. Später wurde das Kind gegen Haut- und Schleimhautsyphilis erfolgreich behandelt. Schon früh merkte die Mutter, dass das Kind die rechte obere Extremität kaum zu bewegen im Stande war und das rechte Bein sich an den Bewegungen des anderen nur sehr wenig betheiligte. Zu bemerken wäre noch, dass die Mutter ausser diesem Kind noch 3 gebar, von denen eines todt zur Welt kam, die anderen zwei einige Tage nach der Geburt starben. Als das Kind mit 11 Monaten in die Behandlung des Vortragenden trat, konnte der rechte Arm nur bis zur Schulterhöhe gehoben werden, die active Supination war nicht ausführbar und stellte sich bei der passiven wegen Contractur der Pronatoren ein grosses Hinderniss entgegen. Die in die Hand gelegten Gegenstände liess es fallen. Der Daumen war adducirt und gestreckt, unbeweglich; die übrigen gespreizt in Krallenstellung. Das rechte Bein, nach auswärts rotirt, konnte bei Gehversuchen kaum vom Boden gehoben werden. Der Ernährungszustand war auf beiden Seiten gleich. Keine Zeichen von Lues. Sensibilität, electrocutane und electromusculäre Erregbarkeit normal. Sehnenreflexe auf der gelähmten Seite schwächer. Keine Facialislähmung. Schädel normal. Die Psyche

zeigt eine dem Alter entsprechende Entwicklung. Bei der Aufnahme sprach das Kind viel, wenn auch nicht klar, die weitere Entwicklung der Sprache vollzog sich in normalem Gange. Krampfanfälle waren nie vorhanden.

Nach alledem haben wir es nach dem Vortragenden mit einer rechtsseitigen cerebralen Kinderlähmung zu thun, welche entweder auf Gehirnsyphilis oder Hämorrhagie (oder Erweichung) in Folge der protrahirten schweren Geburt zurückzuführen sei. Wegen anderweitiger syphilitischer Zeichen schliesst sich der Vortr. der ersteren Annahme an. Das Kind steht seit 10 Monaten in Intervallen von 4—6 Wochen fortwährend in Behandlung, welche in 3—4maliger Anwendung des galvanischen Stromes wöchentlich besteht. Schon in der 3.—4. Woche der Behandlung konnte das Kind den rechten Arm auffallend besser eleviren. Jetzt hebt es die Hand über das Haupt. Die Contractur der Pronatorengruppe hat nachgelassen. Gegenstände werden so stark gefasst, dass es Mühe kostet, dieselben wieder zu entfernen. Das rechte Bein hat sich so weit erholt, dass das Kind stehen und einige Schritte machen kann. Ostermayer (Budapest).

---

149) **James Wright Putnam**: Hysteria in children.
(The journal of nervous and mental disease, July 1892.)

Die Hysterie bei Kindern ist in den letzten Jahren vielfach zum Gegenstande der Erörterung gemacht worden. P. bespricht die Wichtigkeit der Erziehung für das Zustandekommen der Erkrankung. Ferner kommt hierfür eine ungeeignete Ernährung in Betracht; so erhalten in Amerika vielfach die Kinder, sobald sie nur der Mutterbrust entwöhnt sind, Thee oder Kaffee. Die Hysterie zeigt bei den Kindern dieselben psychischen, convulsiven, paralytischen und anästhetischen Erscheinungen wie bei Erwachsenen. 4 typische Fälle werden kurz angeführt:

Ein 8jähriger Knabe, der Widerwillen gegen den Schulbesuch hatte, bekommt eine Lähmung des linken Beines mit Anästhesie und Equinovarusstellung des Fusses. Kalte Douchen und Suggestion bewirkten in zwei Wochen Heilung der Symptome; doch traten nach längerer Zeit wieder andere hysterische Erscheinungen auf.

Ein 7jähriger Knabe, Somnambulist, konnte nur noch lispelnd, stammelnd sprechen. Schnelle Heilung durch Hydrotherapie, Sprechübungen etc.

Ein 10jähriges Mädchen litt an completer Lähmung beider Beine und des linken Armes, Anästhesie der linken Seite, des rechten Beines, der Mund- und Nasenschleimhaut, der Conjunctivae, Einengung der Gesichtsfelder etc. Heilung durch Suggestion mit Zuhülfenahme des Magneten etc. in kurzer Zeit.

Ein 9jähriger Knabe erkrankte in Folge eines heftigen Schreckens während eines Gewittersturmes an hochgradiger Taubheit, so dass er nur die lautesten Geräusche noch hören konnte. Das erhaltene Hören der Stimmgabel durch die Knochenleitung wurde als Ausgangspunkt einer suggestiven Behandlung benutzt, die in kürzester Zeit zur Heilung führte.

Die Prognose der Hysterie im Kindesalter ist besser als bei Erwachsenen. Oft ist auch hier Entfernung von Hause neben anderen geeigneten Maassnahmen zur Erzielung einer Heilung nothwendig.

Strauscheid.

---

150) **D. Ivan Michailowski** (Paris): Etude clinique sur l'athétose double. (Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, Nr. 2, 3, 4, 5, 1892.)

In dieser hübschen, ausführlichen Arbeit aus der Salpêtrière bringt Verf. mehrere neue Beobachtungen Charcot's und Bourneville's von doppelseitiger Athetosis und entwirft darauf an der Hand der gesammten, sorgfältig gesammelten Literatur ein genaues, eingehendes Bild der in Rede stehenden Krankheit. Er kommt hierbei zu dem Resultate, dass die doppelseitige Athetose eine eigenartige, selbstständige Krankheit ist (kein einfacher Symptomencomplex, wie viele annehmen), über deren pathologisch-anatomische Grundlage wir noch nichts Bestimmtes, Endgültiges wissen. Desshalb könnte man die doppelseitige Athetose der chronischen Chorea an die Seite stellen.

Der Character der unwillkürlichen Bewegungen bei der doppelseitigen Athetose, ihre Zweiseitigkeit, die Gegenwart aller Nebensymptome (die Rigidität der Glieder, der „entenartige" Gang, das Vorhandensein von Wirbelsäuleverkrümmungen, die eigenartige Sprachstörung, die Störung der Intelligenz (Imbecillität) etc., der Beginn und Verlauf der Krankheit genügen völlig, um unsere Krankheit von ähnlichen athetoseartigen Bewegungen, wie sie in seltenen Fällen im Verlaufe einiger anderer Nervenkrankheiten auftreten, zu unterscheiden. Diese letzteren Bewegungen will Verf. dementsprechend als athetoïde Bewegungen bezeichnet wissen. Die athetoïden Bewegungen an sich unterscheiden sich klinisch von den Bewegungen bei der Athetose dadurch, dass sie viel schwächer, oft fast unbemerkbar sind, dass sie meist sich auf die Extremitäten beschränken und das Gesicht nicht in Mitleidenschaft ziehen und häufig nur einseitig sind. Ihr Beginn ist nie ein congenitaler, selten ein infantiler, sie treten erst im Verlauf einer deutlich erkennbaren anderen Nervenkrankheit auf; beobachtet wurden sie bisher bei Tabes, Kinderlähmung, peripherer Neuritis und Hysterie. Die Dauer der athetoïden Bewegungen ist eine oft auf wenige Wochen oder Monate beschränkte; endlich heilen sie, was bei der doppelseitigen Athetose nie vorkommt. Uebrigens muss man aber die Möglichkeit der Combination der letzteren mit einer anderen Nervenkrankheit (vorzugsweise der Hysterie) im Auge behalten. Endlich erörtert Verf. noch die Differentialdiagnose zwischen doppelseitiger Athetose einerseits und chronischer Chorea, Friedreich'scher Krankheit, spastischer Spinalparalyse, multipler Sclerose etc. andererseits, was übrigens durchgehends keinerlei Schwierigkeiten macht.

Strauscheid.

---

151) **W. F. Menzies**: Cases of hereditary chorea (Huntington's disease). (The journal of mental science, Oct. 92, Jan. 93.)

Verf. hatte Gelegenheit, mehrere Mitglieder zweier Familien zu beobachten, in denen durch 6 resp. 5 Generationen hindurch im späteren Lebensalter Chorea auftrat. Bei näherer Nachforschung ermittelte er, dass bei der ersten Familie von 52 Mitgliedern, welche über 12 Jahre alt wurden, 25 später an Chorea erkrankten, in der zweiten Familie von 44 erwachsenen Mitgliedern deren 13. Es hatte in diesen Fällen den Anschein, als ob in den späteren Generationen die Krankheit durchschnittlich etwas früher sich zeigte, als bei den älteren Generationen. 26 Kranke waren männlichen, 12 weiblichen Geschlechtes. Das Auftreten und der Verlauf

der Krankheit waren die gewöhnlichen. In einem Falle (einer 33jährigen Frau) konnte die Autopsie vorgenommen werden. Sie ergab: Pia intact; das ganze Gehirn etwas atrophisch, besonders die Occipitallappen stark verkleinert; die Rindengefässe sind leicht verdickt, die Neuroglia vermehrt; die Ganglienzellen mehr oder minder stark degenerirt. Im Rückenmark fand sich hauptsächlich eine Degeneration der Kleinhirnseitenstrangbahnen, sowie der Clarke'schen Säulen.

Strauscheid.

---

152) **Lannois** et **Chapuis**: Nouveau cas de chorée héréditaire.
(Lyon médical 1893, Nr. 1.)

Die beiden Verfasser bereichern die casuistische Literatur über Chorea hereditaria (Huntington'sche Chorea) um eine neue instructive Beobachtung.

Der Vater der Kranken starb gegen das 60. Lebensjahr mit deutlichen Zeichen der Chorea; schon seit einer Reihe von Jahren hatten sich die ersten Zuckungen über den ganzen Körper eingestellt. Ueber die Angehörigen des Vaters war nichts mehr zu eruiren. Eine Schwester der Kranken starb vor 2 Jahren im Alter von 46 Jahren, litt gleichfalls an Zuckungen des ganzen Körpers, die sie am spontanen Essen hinderten und in den letzten Jahren so heftig wurden, dass das kleinste Hinderniss sie das Gleichgewicht verlieren und hinschlagen liess. — Eine andere Schwester und zwei Brüder sind bisher von dem Leiden verschont geblieben; sie haben noch nicht das 40. Lebensjahr erreicht, dürften jedoch dann vermuthlich auch an Chorea erkranken.

Die Kranke selbst war bis zu ihrem 44. Jahre vollkommen gesund, ohne jedwede pathologische Antecedenzien. Dann begannen sich anfangs unmerklich und ganz allmählich choreiforme Zuckungen bei ihr einzustellen, die an Frequenz zunahmen und sich bis zu dem jetzt, nach 4—5 Jahren, ausgeprägten Bilde der Chorea steigerten. Ueber die Einzelheiten vergleiche die ausführliche Krankengeschichte. Interessant ist hierbei, dass die Patientin aus einem Orte stammt, wo sich ihrer Angabe zufolge noch drei derartige Kranke befinden, die mit ihrer Familie jedoch nicht verwandt sein sollen. Den Verfassern scheint es sich dessen ungeachtet möglicher Weise um eine weiter zurückliegende Verschwägerung zu handeln.

Es findet sich in dem Aufsatze noch eine Zusammenstellung aller bisher beobachteten Fälle und ein Recurs über die pathologischen Befunde der letal verlaufenen Fälle.

Buschan-Stettin.

---

153) **J. W. Putnam** (Buffalo): A case of complete athetosis with post-mortem.
(The journal of nerv. and ment. disease. Februar 1892.)

Oberflächlicher Sectionsbefund bei einem $13^1/_2$jährigen Mädchen, welches seit dem 18. Lebensmonat an schwerer Athetose sämmtlicher willkürlichen Muskeln litt. Der Körper war sehr abgemagert. Schädel und Dura sehr dick. Pia war sehr blutreich und haftete an dem Cortex, so dass beim Abziehen die Oberfläche des letzteren mit abgerissen wurde. Das Gehirn wurde in toto gehärtet. Nach der Härtung war bei Trennung der

Hemisphären kein Balken zu sehen, der dritte Ventrikel lag frei. Doch lief je ein schmaler Streifen weisser Substanz den Seitenventrikel entlang, beide waren an der vorderen Commissur durch eine weisse Brücke verbunden. Verf. hält die Möglichkeit nicht für ausgeschlossen, dass bei Trennung der Hemisphären der Balken einfach zerrissen wurde. Bei Betrachtung der Basis fand man den linken Temporallappen zurückgezogen, so dass der stark erweichte Linsenkern unbedeckt war. Der Choroïdalplexus war darunter geschoben. Der linke Schenkel war völlig degenerirt und fast von der inneren Kapsel getrennt, er sah käsig aus, hatte rauhe, unebene Ränder, fühlte sich hart und knotig an. Im linken Temporallappen war eine Abscesshöhle von 1 Unze Inhalt. Der rechte Temporallappen enthielt einen kleinen alten Abscess von 1 Drachme Inhalt. Der rechte Schenkel war stellenweise erweicht. Strauscheid.

---

154) **S. Talma** (Utrecht): Over myotonia acquisita.
(Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde 1892, Nr. 11.)

Talma hat in 5 Fällen von erworbenen Muskelaffectionen, die sonst nichts mit Thomsen'scher Krankheit gemeinsam hatten, Zustände gefunden die er mit der „myotonischen Muskelreaction" identificirt. In allen bestand das Anhalten der Muskelcontraction nach willkürlicheu Bewegungen, ebenso die Steigerung der mechanischen, faradischen und galvanischen Erregbarkeit der Muskeln (welche T. auf entsprechende Zustände im Muskelgewebe zurückführt), in einem Fall bestand ein Vibriren des Contractionszustandes, bei directem Faradisiren, in einem anderen rhytmisches Wogen bei stabiler Galvanisation. T. meint, die von Martius beschriebene intermittirende Myotonie stände in der Mitte zwischen seinen Fällen und der Thomsen'schen Krankheit. Interessant ist, dass in T.'s zweitem Falle eine acut fieberhafte Krankheit — vielleicht ein Influenzarecidiv — die unter Ischias auftrat, der Muskelaffection voraufging.

Im 4. und 5. Falle schloss sich das Muskelleiden, das vorwiegend die unteren Extremitäten betraf, an heftige Diarrhoe an; zugleich bestand in beiden Fällen eine erhebliche Leberschwellung, die zugleich mit dem Muskelleiden sehr bald verschwand. Kurella.

---

155) **S. Talma** (Utrecht): Dystrophia muscularis hyperplastica.
(Nederl. Tijdschr. voor Geneeskunde 1892, Nr. 13.)

Bei einem 40jährigen Arbeiter entwickelt sich nach anfänglichen Parästhesieen und Schmerzen schnell eine Volumen-Zunahme und Kraftabnahme der gesammten Muskulatur; drei Jahre bleibt der Zustand stationär, dann tritt unter häufigen heftigen Schmerzanfällen in den Extremitäten neue Zunahme der motorischen Schwäche ein. Ausgeschnittene Muskelstücke zeigen die Primitivbündel ohne Sarkolemm, ohne Querstreifung, verdickt, gespalten, sehr kernreich; keine Vermehrung des interstit. Gewebes. Im N. cutaneus medius zahlreiche Fasern ohne Markscheide. T. vermuthet nervösen Ursprung der Erscheinungen.

Kurella.

---

156) **Fr. Schultze** (Bonn): Ueber Acroparaesthesie.
(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1893, III. Bd., 3. u. 4. Heft, pg. 300.)

Verf. bezieht sich auf Nothnagel's „vasomotorische Neurose" (cfr. Deutsches Archiv für klinische Medicin, II, S. 173), auf die Beobachtungen von Putnam, Ormerod, Sinkler, besonders auf die Arbeit von Bernhardt „Ueber eine weniger bekannte Neurose der Extremitäten, besonders der Nerven" (cfr. Centralbl f. Nervenheilk. u. Psych. 1886, Nr. 2), sowie auf die von Rosenbach „Die Auftreibung der Endphalangen der Finger — eine bisher noch nicht beschriebene trophische Störung" (cfr. dieses Centralblatt 1890) und Laquer „Ueber eine besondere Form von Parästhesien der Extremitäten" (cfr. Archiv für Psychiatrie, Bd. XXIV, S. 654) und schliesslich auf die von ihm selbst angeregte Dissertation von Mohr — und theilt dann 12 einschlägige Fälle mit. I. Dame im klimakterischen Alter ohne Zeichen von Hysterie. Seit 6—7 Jahren Ameisenlaufen und Taubheitsgefühl in den Fingern und später auch in den Zehen. Dabei keine vasomotorischen Erscheinungen. II. 50jährige Dame. Winter 88/89 beim Erwachen öfter Gefühl von Eingeschlafensein der rechten Hand. Später trat dasselbe oft mitten in der Nacht auf, zeitweilig mit heftigen Schmerzen, die sich von den Fingern bis in den Vorderarm erstreckten. Keine vasomotorischen Störungen, keine Anästhesie. III. 45jährige Frau, seit 3 Jahren Taubsein in den 3 mittleren Fingern der Hände, besonders an den Spitzen. Oefters auch Schmerzen, besonders am Morgen, stärker bei Kälte als bei Wärme. Durch starkes Reiben werden diese geringer. Während der Parästhesien sind die Hände häufig blass, manchmal auch bläulich. Leichte Sensibilitätsstörungen in den Fingern. IV. 42jähriger Mann. Im Jahre 1885 linksseitige Ischias. Seit einem halben Jahr taubes Gefühl in den Händen mit Kriebeln in den Fingern. Morgens am stärksten. Durch Reibung der Hände günstiger Einfluss. Im Winter Verschlimmerung. Der Kranke führt sein Leiden auf Arbeiten im Wasser und Salmiak zurück. Keine vasomotorischen Erscheinungen. V. Taglöhner, 45 Jahre alt. Seit mehreren Monaten Ameisenkriebeln in der linken Hand mit heftigen Schmerzen in den Fingerspitzen, die in der Nacht zunehmen. — Besserung nach längerem Electrisiren. — Ganz entsprechend die anderen 7 Fälle, abgesehen von einigen Complicationen, wie in Fall VIII.

Es folgt nun eine Besprechung der verwandten Fälle aus der Literatur und eine kritische Behandlung (cfr. pg. 311—315) der verschiedenen Hypothesen über die Natur dieser Störungen.

Sommer.

---

157) **Bidon**: Changement de l'attitude du corps dans la maladie de Parkinson.
(Revue de Médecine, Nr. 1, p. 75, Jan. 92. Mitgetheilt in: Annales de Médicine, p. 5, October 1892.)

Nach Charcot unterscheidet man bei Paralysis agitans zwei Typen: den der Flexion und den der Extension. Bisher glaubte man, dass in jedem einzelnen Fall nur einer dieser beiden Typen vorkomme. Dagegen theilt Verfasser eine Krankengeschichte mit, in welcher nach 5jähriger Dauer des Leidens der Typus der Flexion in den der Extension und zwar nach schwerer Influenza übergegangen ist.

Ofterdinger, Rellingen.

---

158) **A. Rosenberg**: Die Störungen der Sprache und Stimme bei Paralysis agitans. Vortrag in der Berl. Laryngol. Gesellsch.

(Berliner klin. Wochenschr. 1892, Nr. 31.)

Der laryngoscopische Befund bei Paralysis agitans ist bisher nur in einem auf der Gerhardt'schen Klinik beobachteten Fall von Fr. Müller beschrieben worden. Bei der Phonation bewegten sich die Stimmbänder rasch bis zur Mittellinie, entfernten sich jedoch wieder von einander und machten noch zwei oder drei zuckende unvollständige Adductionsbewegungen. Bei der Respiration fand sich nur, wenn die Patientin durch längere Untersuchung ermüdet oder erregt war, zuweilen eine Abweichung insofern, als rhytmische Adductionsbewegungen beider Stimmbänder eintraten, welche sich jedoch nicht bis zur Mittellinie bewegten.

In dem von R. vorgestellten Falle von Paralysis agitans, welche seit 30 Jahren besteht und bereits 1877 von Westphal beschrieben worden ist, vergeht bei der Phonation erst eine kleine Pause, ehe die Stimmbänder dem Willensimpulse folgen. Sie lassen zwischen sich einen kleinen elliptischen Spalt, der isochron mit den Schüttelbewegungen am Kopfe bald schmäler, bald weiter wird (links deutlicher als rechts). Neben dieser wechselnden Spannung der Stimmbänder sieht man über dem ganzen Körper der Stimmbänder zuckende Bewegungen, die wieder das Tempo der übrigen Schüttelbewegungen innehalten. Im Tone drücken sich diese Erscheinungen dadurch aus, dass die Höhenlage sich schnell ändert, dass ein rhytmischer Wechsel zwischen Höhe und Tiefe sich bemerkbar macht, bis ein ganz tiefer Ton erreicht ist. — Bei der Respiration stehen die Stimmbänder gewöhnlich ruhig, zuweilen aber zeigen sich 3—6 aufeinander folgende Adductionsbewegungen etwa bis zur Cadaverstellung (bei Erregung aber zahlreicher und intensiver bis zur Phonationsstellung.)

Daneben bestehen Articulationsstörungen (auf welche schon von anderen Autoren aufmerksam gemacht ist), dadurch, dass die beim Sprechen in Action tretenden Muskeln an den Schüttelbewegungen sich betheiligen. Die Worte und Silben werden häufig zerrissen, unterbrochen (zerhackte Sprache), der Ansatz ist erschwert, die ersten Buchstaben oder Silben werden wiederholt (eine Art Stottern); durch gewaltsames Anschlagen der Zunge gegen den Gaumen, der Unter- gegen die Oberlippe, des Unter- gegen den Oberkiefer entsteht ein eigenthümliches schnalzendes und klappendes Geräusch. Dazu kommen die durch die starken Schüttelbewegungen des Kopfes bedingten Störungen, welche der Sprache einen zitternden Character geben. Schliesslich zeigen sich, was bisher noch nicht beobachtet ist, Velum palatinum und Epiglottis an den Schüttelbewegungen betheiligt (unregelmässiges Heben und Senken des Velums, Auf- und Niederklappen der Epiglottis). Dabei entsteht ein schnappendes Geräusch und die Respiration bekommt einen schnappenden Character. R. glaubt, dass die Störungen der Sprache und der Stimme für Paralysis agitans characteristisch sind und sich von den ähnlichen Störungen, die bei multipler Sclerose, organischen Hirnkrankheiten (Encephalomalacie, Bulbärparalyse, Hirntumoren, Hirnsyphilis), bei Tabes, bei progressiver Muskelatrophie, bei Chorea laryngis, bei Ataxie der Stimmbänder beobachtet worden sind, deutlich unterscheiden.

Hoppe (Allenberg).

158) **E. Béchet** (Paris): Note sur quelques attitudes rares observées dans la maladie de Parkinson.

(Nouvelle iconographie de la Salpêtrière 1892, Nr. 4.)

Beschreibung dreier eigenartiger Fälle von Paralysis agitans. In dem ersten Falle handelt es sich um einen 52jährigen Kranken, der einen stark ausgeprägten Extensionstypus (Rumpf und Hals weit nach hinten zurückgedrängt) zeigt.

Der zweite Fall, welcher eine 30jährige Frau betrifft, zeichnet sich aus durch eine Seitwärtsdrehung des Kopfes, welche einen Torticollis vortäuscht.

Im dritten Falle trat bei einem 37jährigen Manne im Anschluss an eine Verletzung der rechten Hand Zittern und Steifigkeit daselbst auf; erst nach einem halben Jahre zeigten sich dieselben Symptome im rechten Beine; jetzt macht der Kranke auf den ersten Blick den Eindruck eines Hemiplegikers mit Contractur der rechten Hand. Strauscheid.

---

159) **Brie** (Bonn): Ueber Trional als Schlafmittel.

(Neurol. Centralbl. 1892, Nr. 24.)

B. rühmt das Trional, welches er bei 42 Kranken in 360 Einzelgaben zu 1,0 bis 3,0 verbraucht hat als eines der besten Schlafmittel, das bestimmt sei, an Stelle von Sulphonal zu treten. Es hat nach B. vor allen anderen Schlafmitteln den Vorzug, dass es so gut wie geschmacklos ist, sich leicht nimmt, schnell wirkt und nur selten und sehr geringe Nebenwirkungen zeigt. Es ist indicirt sowohl bei einfacher Agrypnie, als auch bei der mit Unruhe und selbst stärkerer Erregung einhergehenden Schlaflosigkeit Geisteskranker.

B. empfiehlt das Trional als feines Pulver eine halbe Stunde vor dem Schlafengehen in heissem Wasser gelöst und mit Zusatz von kaltem Wasser zu geben; bei leichten Fällen genügt 1,0, in schwereren fängt man besser mit 2,0 an, um später auf 1,0 herunterzugehen. Hoppe.

---

160) **A. Böttiger** (Halle): Trional als Hypnoticum.

(Berliner klin. Wochenschr. 1892, Nr. 42.)

B. hat 75 Kranke, welche an Schlaflosigkeit litten, mit Trional behandelt und dabei 710 Gramm in 480 Einzelgaben verbraucht. Die Schlaflosigkeit war entweder eine einfache oder durch Schmerzen oder durch psychische Erregung leichteren und höheren Grades bedingt. Die einzelne Dosis betrug 1—4 gr., die höchste Tagesdosis 6 gr. (zu 1 oder 2 gr. mehrmals täglich). Als Schlafmittel wurde es stets kurz vor dem Schlafengehen gegeben.

Am besten wirkte das Trional bei einfacher uncomplicirter Schlaflosigkeit, bei welcher es in 133 Einzelgaben zu 1—2 gr. versucht wurde. Der Schlaf trat nach $^1/_4$ bis $^5/_4$ Stunden ein, war meist tief, ruhig und dauerte 5—9 Stunden. Nur in einem Falle zeigte sich nach 2 gr. am nächsten Tage Schwindel und leichte Benommenheit. Im Allgemeinen erwies sich 1,0 Trional, gleichwerthig mit 3,0 Chloralamid oder 3,0 Amylenhydrat. — Bei Schlaflosigkeit in Folge von Schmerzen versagte meist das Trional. In 2 Fällen von Morphio-Cocainismus zeigte es sich jedoch bei der Entziehungscur von guter Wirkung.

Bei 33 mässig erregten Geisteskranken, wo es in 145 Einzelgaben zu 1—2 gr. in Anwendung kam, trat in der grossen Mehrzahl der Fälle in kurzer Zeit Schlaf von 6 - 10 Stunden Dauer ein. Auch bei längerem Gebrauch zeigten sich keine üblen Nachwirkungen; meist war es möglich, die Dosis von 2,0 allmählig auf 1,5 und 1,0 zu verkleinern. In mehreren Fällen übertraf das Trional auch hier das Chloralamid bei Weitem an Sicherheit, während Amylenhydrat in Dosen von 3—4 gr. ihm nahe kam.

Bei frischen hallucinatorischen Verwirrungszuständen der Alcoholiker versagt Trional vollständig.

In stärkeren Erregungszuständen (32 Einzelgaben à 2,0 bis 3,0) wurde eine gute Wirkung nur bei hallucinatorisch Verwirrten beobachtet; in anderen Fällen war der Erfolg schwankend, bei aufgeregten Paralytikern liess es vollständig im Stiche. Manchmal gelang es jedoch durch fracturirte Dosen (von 1,0), Beruhigung zu erzielen. Uebrigens wurde bei 16 Kranken in 24 Einzelgaben das Trional per rectum verabfolgt, mit ähnlichem Erfolge wie per os.

Ueble Nebenwirkungen wurden im Allgemeinen nicht beobachtet; nur einmal trat nach 4 gr. Erbrechen und Durchfall auf. Als höchste Einzeldosis möchte B. daher 3 gr. normiren.

B. fasst seine Untersuchungen dahin zusammen, dass dem Trional eine exquisite hypnotische und sedative Wirkung zukommt.

Zu bedauern ist, dass B. seine Controlversuche nur mit so wenig allgemein gebräuchlichen Schlafmitteln, Chloralamid und Amylenhydrat, angestellt hat. Versuche mit Sulphonal, Paraldehyd und Chloral wären zweckmässiger gewesen. Hoppe (Allenberg).

162) **Wilhelm Filehne**: Ueber das Hypnal-Höchst.
(Berl. klin. Wochenschr. 1893, Nr. 5.)

Das Hypnal entsteht durch Vereinigung je eines Molecüls Chloralhydrat (45%) und Antipyrin (55%). Die im Handel existirenden Präparate sind chemisch und ihrer Wirkung nach verschieden. Das Hypnal-Höchst schmilzt bei 67,5 Grad, ist in heissem Wasser sehr leicht löslich und giebt die für Antipyrin characteristische Reaction. Die Wirkungen, welche unter F.'s Leitung von Hans Herz untersucht worden sind, sind schlafmachende und beruhigende. Dieselben hängen nicht bloss vom Gehalte an Chollra ab. Die im Thierversuche schon bei kleineren Chloralgaben sich zeigende Schädigung der Vasomotion und des Herzschlages fehlt bei Hypnal in kleineren Dosen und entwickelt sich erst bei grösseren Gaben entsprechend seinem Gehalte an Chloralhydrat.

Was seine Anwendung beim Menschen betrifft, so empfiehlt es F. als ein mildes, in vielen Fällen prompt wirkendes Schlafmittel. Unter 124 Versuchen blieb die Wirkung 24mal ganz aus und 20mal war sie nur gering. Eine gute Wirkung zeigte sich besonders bei leichten Aufregungszuständen, bei beginnendem Delirium tremens und bei Chorea minor, ferner bei essentieller und durch Schmerzen veranlasster Schlaflosigkeit, während schwerere Aufregungszustände besser durch Chloral (?) und Hyoscin bekämpft werden.

Das Hypnal wird in Wasser gelöst (1 : 10), eventuell mit Syrup Cortic-Aurant. in Dosen von 1,0 bis 2,0 gegeben. Die Wirkung erfolgt nach 10—30 Minuten. Hoppe.

163) **John Gordon**: Clinical observations on exalgine.
(The Lancet. 28. Mai 1892.)

G. berichtet über die Erfahrungen, die er mit Exalgine bei schmerzhaften Affectionen gemacht hat. Es wurde in 66 Fällen angewendet und war in 55 erfolgreich. Am ersichtlichsten war die günstige Wirkung bei nervösem Kopfschmerz, Gesichtsneuralgie, Intercostalneuralgie und Lumbago. G. theilt eine Anzahl Fälle ausführlich mit.

Wichmann.

---

164) **E. Mendel**: Ueber Duboisin.
(Neurol. Centralblatt 1893, Nr. 3.)

M. giebt eine kurze Uebersicht der bisherigen Arbeiten über Duboisin und theilt seine eigenen Erfahrungen über dieses Mittel mit. Darnach wirkt es besonders beruhigend und schlaferzeugend bei Kranken mit lebhafter motorischer Unruhe, welche durch dasselbe beseitigt wird. M. giebt es subcutan nur in Dosen von 0,5 bis 0,8 Milligramm, ausnahmsweise steigert er dieselben über 1 mg. Als intoxicatorische Nebenerscheinungen treten regelmässig Erweiterung der Pupillen (und dadurch bedingte Sehstörungen), Trockenheit im Hals und oft mässige Pulsbeschleunigung auf; Schwindel und Taumeln betrachtet F. als Symptom der Schlaflosigkeit und Erschöpfung; Schon bei Dosen von 1 mg. konnte M. einmal heftige und beängstigende Erscheinungen beobachten

Ausser bei Geisteskranken hat M. das Duboisin bei 12 Kranken mit Paralysis agitans versucht, welche in allen Fällen durch dasselbe so günstig beeinflusst worden ist (2—3mal täglich 2—3 Decimilligramm), dass es M. als das beste symptomatische Mittel bei Paralysis agitans, besonders bei den schwereren Fällen, empfiehlt.

Hoppe.

---

165) **Kirchner** (Osnabrück): Ein Fall von Myelitis, geheilt durch Suspension.
(Berl. klin, Wochenschrift 1892, Nr. 47.)

Der Fall betraf einen Musketier, welcher November 88 eingestellt worden war und Anfangs März 89 Schwäche in den Armen zu fühlen begann, wozu sich bald auch Schwäche in den Beinen gesellte. Bei seiner Aufnahme in's Lazareth am 20. März zeigte er leichtes Schwanken beim Gehen, gewisse Unbeholfenheit und Schwanken bei Kehrtwendungen und complicirteren Bewegungen, bedeutende Herabsetzung der Sensibilität an den Unterschenkeln und Füssen, Fehlen der Sehnenreflexe, des Glutacal- und des Fusssohlen-Herabsetzung des Cremasterreflexes. Die Schwäche der Arme und Beine nahm zunächst zu, die grobe Kraft verminderte sich immer mehr, die Unbeholfenheit und das Taumeln beim Gehen wurde stärker; die Anästhesie breitete sich über die Oberschenkel aus, die faradische Erregbarkeit der Haut und Muskeln zeigte sich immer mehr herabgesetzt.

Alle diese Symptome begannen sich langsam zu bessern, als der Mann regelmässig (alle 2 Tage bis zu 3 Minuten) im Sayre'schen Streckapparat aufgehängt wurde und waren bei fortgesetzter Behandlung Mitte August völlig geschwunden. Die Heilung ist allem Anscheine nach von Dauer gewesen.

Bezüglich der differentiell diagnostischen Bemerkungen über diesen Fall, welcher nicht gerade als ein Schulfall bezeichnet werden kann, muss auf das Original verwiesen werden. Hoppe.

---

166) **G. N. Dourdoufi:** Quelques remarques sur le traitement de la douleur et de l'insomnie.

(La Médecine moderne 1893. 7. janv.)

1. In den Fällen von Cephalalgie, in denen eine organische Läsion des Nervensystems auszuschliessen war, bei Hemicranie, hysterischen, neurasthenischen oder anämischen Kopfschmerzen, selbst bei musculären Schmerzen genügt es nach D.'s Beobachtungen oft genug, einen Druck mittelst eines oder mehrerer Finger auf den Sitz des Schmerzes auszuüben, um denselben für eine Zeit zum Schwinden zu bringen.

2. In einem Falle von hartnäckiger Schlaflosigkeit bei einem 30jährigen Manne, gegen die D. mit Sulphonal und Chloral vergeblich angekämpft hatte, gelang es ihm durch Einfuhr von 3—6 Tassen gekochter Milch beim Zubettgehen den Schlaf herbeizuführen.

Buschan-Stettin.

---

167) **W. v. Bechterew:** Ueber neuro-psychische Störungen bei chronischem Ergotismus. (Nach den Beobachtungen von Dr. N. Reformatzky.)

(Neurol. Centralblatt 1892, Nr. 24.)

Reformatzky hat im Auftrage der Kasaner Universität in einer Epidemie von Ergotismus, welche 1889—91 im Wjätkaschen Gouvernement herrschte, 89 Fälle beobachtet, von denen viele mit Psychosen complicirt waren, und in 9 Fällen die Gehirne der gestorbenen Kranken macro- und microscopisch untersucht. Die Resultate dieser Beobachtungen und Untersuchungen theilt v. B. mit.

Die Erkrankung beginnt je nach der Menge des genossenen Giftes sowie nach der Widerstandsfähigkeit des Vergifteten am selben Tage oder Tags darauf oder häufiger nach 1—2—3 Wochen. Die Anfangssymptome bestehen in Mattigkeit, Kopfschmerz, Schwindel, Ohrensausen, Erbrechen, Durchfall, Gefühl von Ameisenkriechen, Ziehen in den Gliedern, undeutlichem Sehen (zuweilen Erblindung). — Dann treten die tonischen Krämpfe in den Vordergrund, welche alle Muskelgebiete befallen können und von heftigen Schmerzen begleitet sind; besonders quälend sind die Krämpfe der Kehlkopf- und Respirationsmuskeln (Athemnoth). Die Krämpfe können Wochen und Monate lang andauern. Allmählig gesellen sich dazu, wenn auch nicht immer, epileptoide Anfälle mit Verlust des Bewusstseins; nach denselben kommt es zuweilen zu stuporösen Zuständen und zu kurzdauernden grellen Gesichts- und Gehörshallucinationen. Nach einer Anzahl solcher Anfälle, welche auch mit localen Krämpfen und automatischen Bewegungen verbunden sein können, stellt sich gewöhnlich eine Geistesstörung in der Form eines stuporösen Dämmerzustandes ein oder es treten andere den postepileptischen Störungen ähnliche Zustände, zuweilen auch geistige Schwäche, ein. In einzelnen Fällen entsteht die psychische Störung ohne epileptoide Anfälle gleich nach der Periode der tonischen Krämpfe. Nach Schwinden der Krampfanfälle bessert sich der physische nnd psychische

Zustand allmählig, wobei das Bewusstsein sich schnell aufhellt. Bezüglich der übrigen Symptome (unter denen hier besonders schwankender Gang, Romberg'sches Symptom, atactische Sprache, erhöhte Muskelerregbarkeit und Herabsetzung oder Fehlen der Patellarreflexe — letzteres 62mal in 82 Fällen — hervorgehoben werden sollen), verweisen wir auf das Original.

Die Untersuchung der Gehirne ergab vorzugsweise Hyperämie der Hirnhäute mit punktförmigen oder grösseren Blutungen, welche ebenso in der Hirnsubstanz gefunden wurden, ausserdem in zahlreichen Fällen Erweichungsherde (zuweilen multiple). — Bei der microscopischen Untersuchung fand sich bei 3 von 5 Fällen mehr oder weniger ausgesprochene Degeneration in den Hintersträngen des Rückenmarks; ausserdem wurden in der Hirnsubstanz microscopisch kleine Erweichungsherde, in einigen Fällen mehr oder weniger grosse freie Hohlräume in der grauen Substanz in der Nähe des Centralcanals, Thromben in den stellenweise verdickten Gefässen und Pigment-Degeneration, trübe Schwellung und fettige Entartung der zelligen Elemente gefunden. Hoppe.

---

168) **Oebeke**: Zur Aetiologie der allgemeinen fortschreitenden Paralyse. (Allg. Zeitschr. f. Ps., Bd. 49, H. 1 u. 2.)

100 Fälle von Paralyse bei Männern aus der Anstalt Endenich werden im Auszuge mitgetheilt, wobei eine ausführliche Durchsicht der ätiologischen Verhältnisse ihre Gruppirung bestimmt. Schädliche Einwirkungen verschiedener Art combiniren sich, wie die Untersuchungen des Verfassers ergeben, zur Erzeugung der Paralyse, doch ergiebt auch die Statistik als den am häufigsten in der Anamnese wiederkehrenden Factor die Syphilis. Die einzelnen ursächlichen Momente vertheilen sich procentualisch in folgender Weise:

Syphilis	53	pCt.
Neuropathische Belastung	46	„
Persönliche nervöse Anomalien	44	„
Alcoholmissbrauch	43	„
Geistige Ueberarbeitung und Gemüthsbewegungen	42	„
Sexuelle Excesse	41	„
Directe Erblichkeit	22	„
Strapazen	22	„
Trauma	5	„

Ueber die verschiedenen Combinationen cfr. das Original. Bei den 47 Fällen ohne nachweisbare Lues liessen sich geistige Ueberarbeitungen und Gemüthsbewegungen am häufigsten als Ursache der Erkrankung vermuthen, während bei den Syphilitischen neuropathische Belastung, sexuelle Excesse und rein körperliche Störungen am meisten als weitere Ursache angeschuldigt werden mussten. Nur in 3 Fällen schien in der Syphilis allein das ursächliche Moment zu liegen. Mercklin.

---

169) **Wulff** (Langenhagen): Die geistigen Entwicklungshemmungen durch Schädigung des Kopfes vor, während und gleich nach der Geburt. (Allg. Zeitschr. f. Ps.. Bd. 49, H, 1 u. 2.)

Obiger Causalnexus ist nach den Untersuchungen des Verf. häufiger, als man anzunehmen pflegt, kommt bei Idioten noch öfter in Betracht, als

die Trunksucht bei der Ascendenz. Bei 198 von 1436 idiot. Kindern = 13,8 Procent waren derartige den Kopf treffende Insulte vorgekommen, eine Tabelle stellt sie in Gruppen zusammen. 21,7 Procent dieser Kinder waren epileptisch, während von allen Idioten bei 30jähr. Durchschnitt 14,9 Procent epileptisch waren. Bei 51 Procent der Geschädigten fand sich hereditäre Belastung (gegen 44,9 Procent bei allen Aufgenommenen). Die pathologischen Processe, welche durch solche Schädigungen entstehen, sind nicht einheitlicher Natur, 34 Obductionen ergaben, dass Leptomeningitis chronica und vorzeitige Synostosen die häufigsten Befunde bilden. Acht im Auszug mitgetheilte Krankengeschichten illustriren die vom Verf. aufgestellten Categorien der betr. Schädigungen. Die betr. Kinder sind wenig bildungsfähig (nur 36,9 Procent gegenüber 40—50 Procent bei allen in 30 Jahren Aufgenommenen); das sehr verspätete Erlernen von Sprechen und Gehen wird besonders hervorgehoben.

Mercklin.

---

170) **Victor Lange**: Ueber eine häufig vorkommende Ursache von der langsamen und mangelhaften geistigen Entwicklung der Kinder. (Vortrag in der pädagog. Gesellsch. zu Kopenhagen.)

(Berl. klinische Wochenschrift 1893, Nr. 6 u. 7.)

Als eine solche Ursache bezeichnet L. die adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraume. Die Hauptsymptome, welche dieselben machen, sind 1. Mangelhafte Respiration durch die Nase, 2. dicke nasale (tote) Aussprache, 3. mangelhaftes Gehör. Während das erste Symptom die augenfällige Erscheinung des immer offenstehenden Mundes hervorruft, ist das: Symptom der Schwerhörigkeit, welche an Intensität häufig wechselt, für die psychische Entwicklung am wichtigsten.

Die Kinder, welche an diesen Störungen leiden (meist handelt es sich um das Alter von 6—14 Jahren), zeigen einen etwas stumpfsinnigen, oft dummen, starren, gleichsam geistesabwesenden Gesichtsausdruck mit suchendem, fragenden Blick; dazu kommt der meist offen stehende Mund und die dicke, klanglose, oft unverständliche Aussprache, um die Diagnose zu erleichtern. Weniger häufige und deutliche Symptome sind: Druck über der Stirn, Kopfschmerzen, Ohrenschmerzen, Schwindel, Nasenbluten, niedergedrückte Gemüthsstimmung, Neigung zu Krämpfen, Stottern etc. Ausserdem macht L. auf ein wichtiges, allerdings seltenes Symptom aufmerksam, welches Prof. Gay in Amsterdam als Aprosexia nasalis bezeichnet hat und in der mangelhaften Fähigkeit besteht, die Gedanken festzuhalten.

Auskratzung der adenoiden Vegetation ist das einfache Mittel, um die genannten Erscheinungen wie mit einem Schlage fortzuschaffen und bei einem theilnahmlosen, stumpfsinnigen, geistig und körperlich zurückgebliebenen oft idiotischen Kinde ein frisches, munteres und geweckteres Wesen hervorzubringen und die ungehemmte körperliche und geistige Entwicklung in die Wege zu leiten. In einem Nachtrag illustrirt L. an einem genauer beschriebenen Falle die Erfolge eines therapeutischen Eingriffes.

Hoppe.

---

171) **v. Krafft-Ebing:** Die Bedeutung der Menstruation für das Zustandekommen geistig unfreier Zustände.

(Jahrb. f. Ps. 1892, H. 1 u. 2.)

v. K. recapitulirt die festgestellten Thatsachen über die Beeinflussung der Psyche durch den menstrualen Vorgang, über den fliessenden Uebergang der gewöhnlichen nervösen Erscheinungen in vollkommene Geistesstörung, über die acute Steigerung milden chronischen Irreseins zur Zeit der Menses, über die Formen des menstrualen Irreseins.

Im Anschluss hieran wird ein Fall von Gattenmord zur Zeit der Menses — ausführlich mitgetheilt, der zur Begutachtung der med. Facultät in Wien unterstellt war. Die 22jährige Explorandin war zweifellos intellectuell und moralisch unvollkommen entwickelt, die Möglichkeit, dass überdies eine menstruale melancholische Depression bestand, als sie ihren Mann im Schlaf erdrosselte, muss zugegeben werden. Während der Untersuchungshaft zeigte Expl. in zwei aufeinander folgenden Menstruationsterminen Störung der psychischen Functionen. Als Ergänzung dieses Falles werden 11 forensische Fälle aus der Literatur zusammengestellt. v. K. stellt einige Thesen auf, in welchen er eine eingehendere Berücksichtigung etwaiger Coïncidenz von Menstruation und Strafthat in foro verlangt. Auch wo kein menstruales Irresein vorliegt, sollen dann der Angeklagten mildernde Umstände bei der Strafausmessung zuerkannt werden. Wegen menstrualer Geistesstörung straflos ausgegangene Individuen sind als gemeingefährlich zu betrachten, bedürfen einer besonders sorgfältigen Ueberwachung zur menstrualen Zeit. Die Anstaltsbehandlung erzielt nicht selten Genesung.

Mercklin.

---

172) **v. Krafft-Ebing:** Ueber Eifersuchtswahn beim Manne.

(Jahrb. f. Ps., Bd. X, H. 2 u. 3.)

v. K. untersucht, bei welchen Formen psych. Krankheit und unter welchen Bedingungen das Symptom des Eifersuchtswahns, der Wahn ehelicher Untreue, zu Tage tritt. Er bestätigt zunächst die auffallende Regelmässigkeit des Vorhandenseins bei chron. Alcoholismus (bei ca. 80% der noch in sexuellen Beziehungen stehenden männlichen Alcoholisten) und unterscheidet hierbei mehrere Formen des Vorkommens. Der Wahn ist hier häufig erstens ein quasi isolirter, entsteht meist auf combinatorischem Wege, wird nur gelegentlich durch Illusionen und Hallucinationen gestützt, ist äusserst fix. Es giebt aber weiter auch Fälle, in denen andere Wahnideen persecutorischen Inhalts sich episodisch gleichzeitig finden, ohne systematisirt zu werden. Eine fernere Möglichkeit ist das Hinzutreten von chron. Alcoholismus mit Eifersuchtswahn zu bereits bestehender gewöhnlicher Paranoia persecutoria. Endlich kann Eifersuchtswahn im alcohol. „Wahnsinn“ und selten in der „Paranoia alcoholica“ (v. K.-E.) vorkommen. (Ueber die Differenzirung dieser Formen und Casuistik cfr. das Original.)

Ausserhalb des Alcoholismus ist der Eifersuchtswahn sehr selten, unter Tausenden von Fällen bei Männern von v. K.-E. nur 4mal gesehen worden. Jedesmal lag hier schwere organische Erkrankung des Gehirns vor: 2mal Apoplexia cerebri, einmal Trauma capitis, einmal senile Atrophie.

Mercklin.

---

173) **Cecil F. Beadles:** Gall-stones in the insane.
(The journal of mental science. July 1892.)

Verf. hat bei 50 aufeinander folgenden Autopsien von weiblichen Geisteskranken 18mal Gallsteine gefunden, also in 36% der Fälle. Dahingegen werden bei männlichen Irren nur in etwa 1% Gallensteine gefunden, was dem Vorkommen bei Gesunden entspricht. In einem grossen Hospitale wurden bei weiblichen Sectionen in etwa 10—12% der Fälle Gallensteine entdeckt. Die Anzahl und das Gewicht der von Verf. gefundenen Steine variiren in den einzelnen Fällen ausserordentlich. Die Leber war von sehr verschiedener Grösse, meist fettig infiltrirt. Das Durchschnittsalter der Gestorbenen betrug 65 Jahre. Die Art der Geisteskrankheit und die Zeit ihres Bestehens differirten gleichfalls ausserordentlich stark; Manie und Melancholie waren ungefähr gleich häufig. Die Gallensteine haben in keinem Falle irgend welche Krankheitserscheinungen, wie Icterus, Kolik, Schmerz in der Lebergegend hervorgerufen. Bei der Section wurden nie Steine im ductus choledochus gefunden. Als Ursachen für Gallensteinbildung werden meist mangelnde Beschäftigung und starke Ernährung angegeben, was ja zum Theil auch hier zutrifft. In keinem seiner Fälle sah Verf. zugleich einen Nieren- oder Blasenstein. Einige Autoren wollen Gallensteine besonders bei Melancholischen gefunden haben, was nach B. nicht zutrifft, da er sie ebenso oft bei Maniakalischen antraf. Er glaubt, dass das Nervensystem einigen Einfluss auf die Entstehung der Steine ausübt durch die allgemeine Herabsetzung der vitalen Activität; im hohen Alter sind die Lebensfunctionen herabgesetzt und die körperlichen Secrete fliessen nur träge; dies wird noch erhöht durch die pathologischen Zustände, welche die geistige Erkrankung schafft und so wird die Bildung der Gallensteine befördert. Ausserdem mag direct dazu beitragen die Neigung vieler Irren zu catarrhalischen Affectionen: ein Catarrh der Gallenblase giebt wohl oft Veranlassung zur Steinbildung. In 6 Fällen bestanden die Steine nur aus Gallenfarbstoff, in 5 nur aus Cholesterin, in den übrigen Fällen waren gemischte Steine vorhanden. Von Interesse ist die Frage nach der Herkunft des Cholesterins, welches von einigen auf eine Zerstörung zahlreicher rother Blutkörperchen in der Leber zurückgeführt wird, von anderen als das Product des Metabolismus der nervösen Gewebe angesehen wird; zur Zeit ist diese Frage noch nicht zu lösen. Strauscheid.

---

174) **Hougberg:** Fall von „folie à deux".
(Finska Laekaresällskapets Handl., Bd. 33, Heft 5, 1892.)

Die Beobachtung betrifft zwei Schwestern; die ältere von beiden, Hebamme von Beruf, ist 34 Jahre alt, unverheirathet, erblich nicht belastet; sie war immer von munterem, heiterem Temperament, sehr gewandt in der Ausübung ihres Amtes. Gegen Ende des Jahres 1889 zeigte sich bei ihr anlässlich eines Besuchs bei ihrer jüngeren verheiratheten Schwester, eine auffallende Veränderung des Characters. Sie war unruhig, verstimmt, sprach von Verfolgungen, die sie zu erdulden habe, und machte Andeutungen, dass eine vornehme Person männlichen Geschlechts all' ihre Schritte und Handlungen belaure. Bei Widerspruch wurde sie sehr heftig. Nach der Trennung von ihrer Schwester setzte sie dieselben Klagen brieflich fort und bald

machte ihre Krankheit solche Fortschritte, dass sie im Januar 91 in das Krankenhaus von Lappvik aufgenommen werden musste. Körperlich ist sie durchaus gesund. Ihre Geistesstörung scheint indessen in einen chronischen Zustand überzugehen.

Die Schwester der obenerwähnten Patientin ist 29 Jahre alt, Mutter dreier Kinder, lebt in Helsingfors. Sie hat mit 28 Jahren geheirathet, drei ganz normale Wochenbetten durchgemacht, die Kinder selbst gestillt und lebt ohne materielle Sorgen in sehr glücklicher Ehe. Während des oben erwähnten Besuchs ihrer Schwester versuchte sie auf alle mögliche Weise derselben ihre krankhaften Ideen auszureden, auch brieflich setzte sie diese ihre Versuche fort. Im Winter 1889 traten indessen auch bei ihr — nachdem sie durch übermässig langes Stillen des Kindes, sowie durch die anstrengende Pflege ihres kranken Mannes sehr mitgenommen worden war — ganz dieselben Verfolgungsideen auf und ihre gleichmässig gute Stimmung verlor sich völlig. Vor allem klagte sie darüber, dass ein Geheimpolizist aus Helsingfors ihr ganzes Thun und Treiben auszuspioniren suche. Im October 1890 wurde sie in das Krankenhaus aufgenommen, nach kurzer Zeit wieder daraus entlassen, obgleich sie sich nur etwas beruhigt, ihre Wahnideen aber nicht aufgegeben hatte.

Diese beiden Fälle sind darum von besonderem Interesse, weil der zweite ganz ohne Zweifel durch Einfluss des ersteren entstanden ist, indem eine an Geistesstörung leidende Person ihre Wahnideen nach und nach auf eine jüngere Schwester, die anscheinend geistig ganz normal war, nur aus verschiedenen Gründen körperlich geschwächt, übertragen hat.

Kurella.

---

175) **Wetterstrand** (Stockholm): Ueber den künstlich verlängerten Schlaf, besonders bei der Behandlung der Hysterie, Epilepsie und Hystero Epilepsie. (Zeitschrift für Hypnotismus, Oct. 1892.)

Nach dem Aufsatz von Forel „Suggestionslehre und Wissenschaft“ und von Liébault „Hypnotismus und Suggestionstherapie“, welche gewissermaassen die allgemeine Einleitung in das Gebiet der hypnotischen Erscheinungen und der Psychotherapie bieten, findet sich im ersten Heft dieser Zeitschrift der genannte Aufsatz von Wetterstrand. W. spricht unter Anerkennung der Verdienste Liébault's und Bernheim's die Behauptung aus, dass „man bei Behandlung einiger Krankheiten zu viel Gewicht auf die Suggestion gelegt hat, während die heilbringende Wirkung des Schlafes selbst zu wenig gewürdigt wurde“. Diese Methode, durch Suggestion etwas hervorzubringen, was seinerseits normalphysiologischer Weise wohlthätig auf den Organismus wirkt, erscheint mir geradezu als entscheidende Wendung in der hypnotischen Therapie. Am interessantesten wäre es, zu wissen, ob durch dieses normalphysiologische Mittelglied eine Verminderung der Hypnotisirbarkeit zu Stande gebracht werden kann, da ja im Falle des Weiterbestehens gesteigerter Beeinflussbarkeit der therapeutische Erfolg gerade auf Grund dieser wieder vernichtet werden kann.

W. theilt 4 Fälle mit: I. Frau von 38 Jahren, Anfälle von Kopfschmerz, Unfähigkeit, sich zu beschäftigen, Apathie, Gefühllosigkeit. Am 17. October eingeschläfert, schlief sie bis zum 20. November mit Unter-

brechung von wenigen Stunden. Als sie am 20. November aufstand, war sie fetter geworden, sah rothwangig aus und weder Kopfschmerz noch Anfälle sind seitdem wieder gekommen. Dass sie sich im folgenden Winter von einem Gynaekologen behandeln liess, scheint mir anzudeuten, dass sich ihre Hysterie vom Kopf auf die *ὑστέρα* gesenkt hat. Exitus letalis Juni 1892 durch Phthise.

II. Fall. Wittwe von 36 Jahren. Seit 7—8 Jahren öfter Bluterbrechen, Schmerzen bei der abnorm reichlichen Menorrhoe, convulsive Anfälle und Ohnmachten, linksseitige Hemianästhesie. Am 3. Jan. 1892 eingeschläfert, schlief sie bis 14. Januar. Völlige Genesung, — wenigstens bis zum Abschluss der Arbeit.

III. Fall. Fräulein von 24 Jahren. Seit 10 Jahren epilepsieähnliche Anfälle, von W. selbst beobachtet. Sie zeigten „ganz und gar den Character epileptischer Anfälle.“ Referent, der Hysterie und Epilepsie trotz ihrer mannichfachen Combinationen für toto genere verschiedene Krankheiten hält, hätte hier eine detaillirte Constatirung über die Natur der als epileptisch bezeichneten Anfälle gewünscht. — Es war sehr schwer, sie zu hypnotiren. „Die Anfälle wurden immer seltener und zwar in demselben Maasse, in dem der arteficielle Schlaf tiefer wurde.“ Nach einer Behandlung vom September bis Weihnachten blieben die Anfälle aus. Sie hatte die fixe Idee, dass die Anfälle nach der Rückkehr in die Heimath wieder kommen würden. Desshalb Einleitung verlängerten Schlafes, der vom 5. März bis 8. April durchgeführt wurde. Seitdem auch in der Heimath völlig frei von Anfällen. —

IV. Fall. Mann von 41 Jahren. Seit 17 Jahren Epilepsie. Winter 1891 von W. behandelt. „Die Geisteskräfte wurden mehr normal, das Gedächtniss kehrte zurück und das Aussehen erschien gesünder. Nur die „leichten Wolken“ wollten noch immer nicht verschwinden.“ Verlängerter Schlaf vom 5. März bis gegen den 31. März. Am 2. Sept. 92 wurde aus seiner Heimath berichtet, dass er zwar manchmal noch „Schwindelanfälle“, aber keine Krämpfe mehr habe. In diesem Fall lässt sich das Vorhandensein echter Epilepsie nicht bestreiten. — Hier könnte es sich wohl nicht um Suggestion, sondern nur um eine wirkliche Verbesserung der nervösen Constitution durch den Schlaf handeln.

V. Fall. Frau von 52 Jahren hat seit 25 Jahren an Krampfanfällen gelitten und theilweise während dieser Attacken das Bewusstsein verloren. Meist täglich 2mal, Mittags und Mitternacht. Oedem an den Beinen, sie konnte seit 7 Jahren nicht ohne Krücke gehen. Trotz dieser letzteren Angaben sagt W., dass Patientin ausser den Krampfanfällen kein auf Hysterie deutendes Symptom zeigte. Auch hier ist die Auffassung des Falles als echte Epilepsie nicht einwandfrei.

Immerhin erscheint mir selbst Fall IV allein von weittragender Bedeutung. Sommer.

---

176) **v. Schrenck-Notzing**: Eine Geburt in der Hypnose.
(Zeitschr. f. Hypnotismus, I. Bd., 2. Heft, pg. 49.)

Ein 25jähriges Fräulein, das in 8—10 Tagen ihrer Niederkunft entgegensieht, „wünscht, dass die eigentliche Geburt in der Hypnose vor sich

gehe, d. h. für ihr Bewusstsein ohne Schmerzen". Eigentlich sollte es heissen: „wünscht, dass die Geburt ohne Schmerzen vor sich gehe, was von v. Schrenck-Notzing als Indication zur Hypnose betrachtet wird". Nach Ansicht des Referenten ist der Wunsch nach Bewusstlosigkeit während eines naturnothwendigen Zustandes keine Indication zur Hypnose, besonders wenn die Hypnotisirbarkeit, wie im vorliegenden Fall, erst grossgezüchtet werden muss. Im Uebrigen giebt der Titel den Inhalt des Aufsatzes in genügender Weise an. — Sollte dieses Beispiel bei den vielen gebärenden Frauen Nachahmung finden, so würden dem Referenten die betreffenden Männer und Kinder leid thun. Sommer.

---

177) **S. Freud** (Wien): Ein Fall von hypnotischer Heilung nebst Bemerkungen über die Entstehung hysterischer Symptome durch den „Gegenwillen".

(Zeitschr. f. Hypnotismus, I. Bd., 3. Heft, pg. 102.)

Dieser Aufsatz ist zunächst durch seinen Stil interessant. Die erste halbe Seite ist in räthselhaften und desshalb Spannung erweckenden Sätzen abgefasst, welche die Hoffnung erwecken, dass sich eine neue Art von wissenschaftlichem Feuilleton in der hypnotologischen Literatur ausbilden wird. Schliesslich wird man durch folgenden Satz auf den Boden der Begreiflichkeit gesetzt: „Es handelt sich, um nicht länger in Räthseln sprechen zu müssen, um einen Fall, in dem eine Mutter ihr Neugeborenes nicht zu nähren vermochte, ehe sich die hypnotische Suggestion eingemengt hatte." Während die gewöhnliche Medicin nur Patienten hat, spricht Verf. von der „Heldin der nachstehenden Krankengeschichte". An die glückliche Beseitigung des Uebels durch Hypnose und Suggestion knüpft Verf. eine Theorie über das Zustandekommen solcher Phänomene. Er stellt die Contrastvorstellungen gegen den gefassten Vorsatz als das wirksame Agens hin. „Wie es der Neigung der Hysterie zur Dissociation des Bewusstseins entspricht, wird die peinliche Contrastvorstellung, die anscheinend gehemmt ist, ausser Association mit dem Vorsatz gebracht und besteht, oft dem Kranken selbst unbewusst, als abgesonderte Vorstellung weiter." Diese gehemmte Contrastvorstellung objectivirt sich nun, wenn der Vorsatz ausgeführt werden soll, „mit derselben Leichtigkeit durch Innervation des Körpers, wie in normalem Zustande die Willensvorstellung". „Die Contrastvorstellung etablirt sich sozusagen als „Gegenwille", während sich der Kranke mit Erstaunen eines entschiedenen aber machtlosen Willens bewusst ist". Das Wesen der Neurasthenie soll im Gegensatz zur Hysterie nicht in Willensperversion, sondern in Willensschwäche bestehen, indem die krankhaft gesteigerte Contrastvorstellung mit der Willensvorstellung zu einem Bewussstseinsakt verknüpft wird, woraus die krankhafte Schwäche dieser resultirt. Sommer.

---

178) **George M. Robertson** (Edinburgh): The use of hypnotism among the insane.

(The journal of mental disease. Jan. 1893.)

Der Hypnotismus ist nur bei einer geringen Anzahl von Geisteskranken anwendbar, kann aber bei diesen oft von unzweideutigem Nutzen sein.

Verf. hat seine diesbezüglichen Versuche ausschliesslich an den weiblichen Patienten der Edinburger Irrenanstalten gemacht. Sowohl manische wie melancholische Kranke zeigten sich dieser Behandlung zugängig, wenn ihr Leiden nicht zu weit fortgeschritten und sie selbst noch verhältnissmässig verständig waren. In solchen Fällen gelang es, die Schlaflosigkeit zu beseitigen, auch wenn Schlafmittel keinen sonderlichen Erfolg hatten; man konnte in leichten Erregungszuständen Beruhigung erzielen und schwerere Ausbrüche verhüten; in einzelnen Fällen leistete der Hypnotismus geradezu die Dienste, die wir sonst von mechanischen oder chemischen Zwangsmitteln erwarten. Auch gelang es zuweilen, flüchtige Wahnideen, Illusionen etc. durch den Hypnotismus erfolgreich zu bekämpfen. Im Grossen und Ganzen also vermag der Hypnotismus zwar keineswegs geistige Störungen zu heilen oder ihren Verlauf wesentlich abzukürzen, ja er kann direct schädlich wirken, z. B. bei systematöser Paranoia, dahingegen vermag er in einzelnen Fällen einige besonders lästige Symptome zu lindern oder zu beseitigen, selbst wenn alle anderen therapeutischen Mittel im Stiche lassen. In diesem Sinne also empfiehlt sich seine Anwendung bei geeigneten Fällen.

Strauscheid.

---

179) **John Macpherson**: Remarks upon the influence of intestinal disinfection in some forms of acute insanity.

(The journal of mental science. Jan. 1893.)

Verf. betont, dass in manchen Irrenanstalten ein zu reicher Gebrauch von narcotischen Mitteln gemacht wird, wodurch nicht selten an der Stelle der erwarteten Besserung geradezu eine Verschlimmerung der bestehenden geistigen Erkrankung erzielt wird. Bekannt ist der günstige Einfluss, den Purgirmittel öfters auf den Verlauf von acuten Störungen des Nervensystems haben und wie andererseits andauernde Obstipation allerlei nervöse Störungen grösstentheils wohl in Folge einer Intoxication im Gefolge haben kann. M. versuchte nun in einer Anzahl von Fällen von acuter psychischer Erkrankung (hauptsächlich Melancholie) durch eine Behandlung des Intestinaltractus eine Besserung des psychischen zu erzielen. Zuerst wurde in einem geeigneten Falle sofort bei der Aufnahme in die Anstalt der Magen ausgespült, dann Abends eine kräftige Dosis Calomel und am anderen Morgen ein mildes Abführmittel gegeben. Letzteres wurde nach Bedarf wiederholt; vom zweiten Tage ab erhielt dann der Kranke regelmässig dreimal täglich 0,6 Gr. Naphthalin und eventuell wurde diese Dosis gesteigert bis zu 5 Gr. Naphthalin innerhalb 24 Stunden. Schaden brachte das Mittel nie. Diese Behandlungsweise erzielte eine schnelle Hebung der Anaemie. Das Körpergewicht nahm stetig zu. Die bei Melancholie so gewöhnliche Neigung der Haut zur Pigmentation wurde aufgehalten und verlor die Haut ihre Trockenheit. Das angenehmste Resultat der Behandlung war die beträchtliche Förderung des Schlafes: die Kranken schliefen ruhig und angenehm 7—8 Stunden. In mehreren Fällen hatte das Naphthalin keinen Erfolg; doch glaubt Verf. dies zum Theile dem Umstande zuschreiben zu sollen, dass das Mittel nicht in genügender Dosis und hinreichend lange gegeben wurde. Was den geistigen Zustand der Kranken angeht, so milderte die Behandlung meistens die unangenehmen oder heftigen Symptome und beschleunigte einen

Zustand, welcher der beginnenden Reconvalescenz glich. Die eigentliche, rein psychische Gehirnstörung wurde durch die Behandlung in keiner Weise geändert. Strauscheid.

V. Zur Tagesgeschichte.

Die Ausführung des Gesetzes vom 11. Juli 1891. In der bevölkertsten Provinz Preussens, deren Einwohnerzahl (an 5 Millionen) mit Ausnahme Baierns die aller anderen deutschen Staaten bei weitem übertrifft, in der Rheinprovinz, versteht man es mit ausserordentlich geringen Kosten den Anforderungen des demnächst in Kraft tretenden Gesetzes vom 11. Juli 1891 zu genügen. Man nimmt ganz davon Abstand, neue Irrenanstalten zu bauen (wie dies in den anderen Provinzen geschieht) aus dem durchschlagenden Grunde, weil deren Erbauung angeblich mindestens 10 Millionen Mark kosten würde, sondern braucht nur eine Erhöhung des Ausgabe-Etats um 65 000 Mk., um alles Erforderliche zu bieten. Zunächst bietet die gesetzliche Bestimmung über die Verpflichtung zur „Pflege der hilfsbedürftigen Geisteskranken, Epileptischen etc." einem Juristen hinreichende Handhabe, um unter geeigneter Interpretation der vom Gesetzgeber nicht näher definirten Hilfsbedürftigkeit die Versorgung einer grossen Zahl, wenn nicht der Mehrzahl aller Irren etc. a limine von sich abzuweisen.

Ein im Jahre 1891 bei St. Wendel angekaufter grosser Hof soll demnächst zur Entlastung der Provinzial-Anstalten von halb-arbeitsfähigen Leuten, sowie „als Probirstation für solche Elemente, deren Hülfsbedürftigkeit verdächtig erscheint", endlich zur Beschäftigung halb-arbeitsfähiger Vagabunden und Bettler benutzt werden. Im Uebrigen werden die zahlreichen Kranken, welche in Provinzialanstalten nicht untergebracht werden können, in noch grösserem Maassstabe wie bisher den Privatanstalten überwiesen werden trotz der sehr bedenklichen Folgen, welche die Verpflegung von Communalkranken in Privat Irrenanstalten zuweilen gehabt hat.

Die Unterhaltungskosten für jeden Irren betragen zur Zeit 81 Pfg. pro Tag in der Rheinprovinz.

Die Stadt Köln wird in den nächsten Jahren ihre Irrenanstalt Lindenburg (170 Betten) eingehen lassen und an deren Stelle eine grosse neue Anstalt für zunächst 500 Kranke derart bauen, dass leicht eine Erweiterung bis für 1000 Kranke erzielt werden kann.

Die erst kurze Zeit bestehende Privat-Irrenanstalt der Alexianer zu Köln-Lindenthal macht durch Annoncen bekannt, dass daselbst jeder appr. Arzt die Behandlung seiner Kranken übernehmen könne — ein unseres Wissens für Irrenanstalten neuer Modus der ärztlichen Leitung, die (uns wenigstens) absolut unverträglich erscheint mit einem geordneten Zustande in einer Irrenanstalt.

Strauscheid.

Aus Ostpreussen. Bezüglich der Massnahmen, welche in Folgs des am 1. April in Kraft tretenden Gesetzes, wonach den Landarmenverbänden die Pflicht auferlegt wird, für Bewahrung, Kur und Pflege der hilfebedürftigen Geisteskranken, Idioten, Epileptiker etc. Sorge zu tragen, für die Provinz Ostpreussen nothwendig werden, hat der Provinzial-Ausschuss in seiner letzten Sitzung vom 9. Februar seine Entschlüsse gefasst.

Die Idioten sollen in der Idiotenanstalt Rastenburg untergebracht werden, welche sich gegen einen Zuschuss der Provinz zu den entsprechenden Erweiterungsarbeiten bereit erklärt hat. Dabei ist zu bemerken, dass diese Idiotenanstalt (für Ost- und Westpreussen) ein mit öffentlichen Mitteln unterstütztes privates Institut ist und unter der Leitung eines Curatoriums von 7 Herren steht, unter welchen sich auch der „Anstaltsarzt" befindet, dessen Functionen der in der Stadt Rastenburg ansässige Kreiswundarzt ausübt. Dass mit Erweiterung der Anstalt ein besonderer spezialistisch ausgebildeter Arzt angestellt werden sollte, ist nach Lage der Dinge nicht anzunehmen. — Aehnlich verhält es sich mit der Unterbringung der Epileptiker. Diese sollen in der ca. 175 Kranke zählenden, kürzlich aber durch einen Neubau um 75 Stellen vergrösserten Epileptiker-Anstalt Carlshof bei Rastenburg Unterkunft finden, welche auch gegen einen entsprechenden Zuschuss der Provinz noch einen Erweiterungsbau herrichten will. Obgleich diese Anstalt, auch ein von einem Curatorium geleitetes Institut, welches zwar einen Geistlichen an der Spitze, aber keinen besonderen Arzt hat (die ärztlichen Functionen werden vom Rastenburger Kreisphysikus ausgeübt), die Concession zur Aufnahme geisteskranker Epileptiker nicht besitzt, so befinden sich doch ohne Frage eine grosse Zahl von solchen in der Anstalt, was am besten daraus hervorgeht, dass Isolirzellen für tobsüchtige Epileptiker vorhanden sind. — Die Zuschüsse, welche die Provinz an die Anstalten in Rastenburg und Carlshof zahlen soll, stehen, wie hervorgehoben wird, in keinem Verhältniss zu den Kosten, welche der Provinz durch den Bau besonderer Anstalten erwachsen würden. Ob aber die betreffenden Kranken, besonders die geisteskranken Epileptiker, welche sicher in erheblicher Zahl nach Carlshof kommen werden, in dieser in geistlichem Sinne dirigirten Krankenanstalt die zweckentsprechende Behandlung finden werden, ist mehr als fraglich, wenn man nicht geneigt ist, die geistliche Einwirkung und die schablonenmässige Verabreichung von Bromkali als solche anzusehen.

Bezüglich der Geisteskranken sind besondere Vorkehrungen nicht für nothwendig erachtet worden, weil angenommen wurde, dass die Irrenanstalten Allenberg und Kortau ausreichende Räume gewähren. Das ist aber nicht ganz richtig. Beide Anstalten sind beinahe voll. Vor $1^1/_2$ Jahren mussten vier Kreise, welche bisher ihre Kranken nach Allenberg geschickt hatten, wegen drohender Ueberfüllung dieser Anstalt an Kortau abgegeben werden, das damals erst ca. 550 Kranke hatte, während für ca. 750 Kranke Raum vorhanden ist. Dadurch hat sich aber der Krankenbestand von Kortau so rapide vermehrt, dass derselbe bereits vor wenigen Monaten den Allenberger Bestand (ca. 640) erreicht hatte und jene Kreise Allenberg wieder zugetheilt werden mussten. Seitdem wächst die Krankenzahl von Allenberg, welche sich ein Jahr lang ziemlich stabil gehalten hatte, beständig. Schon jetzt

beträgt dieselbe 665 (abgesehen von 16 männlichen Familienpfleglingen) und dürfte am 1. April d. J. das eigentliche Maximum von 700 erreicht haben, wenn auch zur Noth für 730 bis 750 Kranke Platz geschaffen werden kann. Wird nun, wie zu erwarten steht, der Zuzug mit dem 1. April noch stärker, so ist die Anstalt binnen weniger Monate überfüllt. Die beabsichtigte Entlassung möglichst vieler harmloser Kranker dürfte im günstigsten Falle in jeder Anstalt 30—40 Plätze frei machen, deren Ausfüllung doch nur einige Monate in Anspruch nehmen kann. Es beginnt dann spätestens binnen Jahresfrist mit der Ueberfüllung der Anstalten die Misère der Exspectantenlisten und der Bau einer dritten Anstalt wird zur unabwendbaren Nothwendigkeit.

In der Nachbarprovinz Westpreussen, welche auch zwei (bei der um eine halbe Million geringeren Bevölkerungsziffer allerdings etwas kleinere) Anstalten, Neustadt und Schwetz, hat, ist die Nothwendigkeit einer dritten Anstalt schon vor längerer Zeit klar geworden. Der Bau einer solchen ist bereits beschlossen und zwar ist für dieselbe soeben das Gut Conradstein bei Pr. Stargard bestimmt worden, zu dessen Ankauf diese Stadt 36,000 Mark hergiebt. H.

Der Staat New-York hat, Dank den Bemühungen des unseren Lesern bekannten Irrenarztes Frederick Peterson, eine Commission ernannt, welche die Pläne für eine grosse Epileptikeranstalt nach Bielefelder Muster sofort auszuarbeiten hat. In Amerika dürften voraussichtlich nur Aerzte als Leiter dieser ersten und aller ähnlichen (von anderen Staaten geplanten) Anstalten ausersehen werden, wie ja die ganze Bewegung von psychiatrischer Seite ausgegangen ist.

Strauscheid.

Pelmann: Psychiatrisches aus Mecklenburg.
(Berl. klin. Wochenschr. 1892, Nr. 31.)

P. bespricht in bitterem Tone einige neuere Daten aus dem Mecklenburgischen Irrenwesen. Die Regierung hatte, weil die Landesirrenanstalt Sachsenberg seit längerer Zeit überfüllt war, dem Landtage einen völlig ausgearbeiteten Plan zum Bau einer zweiten Anstalt vorgelegt, welche auf einem hierfür geeigneten, bereits angekauften Terrain in der Nähe von Rostock erbaut werden sollte, um gleichzeitig als psychiatrische Klinik zu dienen. Der Antrag wurde jedoch gemäss der Entscheidung der Commission, wonach die Errichtung einer Klinik nicht nothwendig und die Entlastung der Anstalt Sachsenberg durch Unterbringung der Unheilbaren in Familienpflege oder in unbenutzten fiscalischen Gebäuden unter localärztlicher Aufsicht möglich wäre, vom Landtage abgelehnt und es wurden schliesslich nur 600,000 Mark für den Bau einer Pflegeanstalt für 200—300 Kranke bewilligt. Ein Commissionsmitglied (ein Bürgermeister) begründete den Beschluss der Commission in folgender Weise:

„Diesen Lehrstuhl für Psychiatrie kann man zwar als wünschenswerth, aber nicht als nothwendig bezeichnen. Denn einerseits giebt es noch zwei

andere Universitäten, an welchen kein solcher Lehrstuhl besteht, andererseits ist auf den übrigen Universitäten hinlänglich Gelegenheit zur Uebung der Psychiatrie für die Studirenden gegeben. Im Allgemeinen darf noch hervorgehoben werden, dass die psychiatrische Behandlung ganz wenigen Specialisten obliegt und dass bezüglich des den anderen Aerzten zufallenden Erkennens und Constatirens des Irrsinns bisher in Mecklenburg keine Unzuträglichkeiten bemerkbar geworden sind".

Hoppe.

Jules Morel (Gent): The psychological examination of prisoners. (The journal of mental science. Jan. 1893)

Wie unsere Leser wissen, sind seit dem 1. Juni 1891 drei Irrenärzte zur Ueberraschung aller in den einzelnen belgischen Gefängnissen vorhandenen Geisteskranken angestellt; da einstweilen jeder derselben ca. 12 Gefängnisse zu controlliren hat, so lässt die Einrichtung natürlich noch mancherlei zu wünschen übrig. Einer dieser Inspectoren, Morel, fasst seine Erfahrungen dahin zusammen, dass bei der zweifellos nicht unbedeutenden Zahl von Geisteskranken, die in allen Gefängnissen vorhanden sind, es im Interesse sowohl dieser Kranken wie der Gefängnissbeamten und der Richter liege, dass alle Gefangenen unter psychiatrischer Controlle und eventuell Behandlung stehen. M. verlangt, dass bei jedem Gefängniss von ca. 1.00 Insassen sich eine psychiatrische Krankenabtheilung mit geeignetem, besonderem Wärterpersonale befinden solle. Ferner betont M. die Nothwendigkeit, für entlassene Verbrecher besser als bisher zu sorgen, damit sie nicht, von aller Welt zurückgestossen, fast nothwendiger Weise wieder in schlechte Gesellschaft gerathen und schliesslich neue Verbrechen begehen.

Verf. ist sich wohl bewusst, dass die natürlichen Folgen einer genauen Controlle aller Gefangenen die Nothwendigkeit einer grossen Reform des Bestrafungssystems und vielleicht auch die Revision einiger Theile der Strafgesetze sein werden.

Strauscheid.

Monomania neurologica. Unerhörte Fortschritte macht die Neurologie. Vor 2 Jahren entdeckte ein amerikanischer Professor, dass die Phthise nichts weiter sei wie eine Neurose des vagus und zwar seien die sogen. Tuberkel in Wirklichkeit eine eigenthümliche Form von Herpes zoster der Lunge. Dieselbe Entdeckung wurde in der letzten Sitzung der amerikanischen neurologischen Gesellschaft wieder vorgebracht. — Der berühmte englische Gynaekologe Lawson Tait hat gefunden, dass alle akute wie chronische Peritonitiden auf einer Erkrankung der Visceralnerven und durchaus nicht auf irgend welchen infectiösen Vorgängen beruhten. — Dass die Cholera nichts weiter wie eine Nervenkrankheit sei, wird von zahlreichen Aerzten des In- wie Auslandes als ausgemacht angesehen. Auf dieser Grundlage weiterbauend, dürfte man es wohl in einer ärztlichen Carnevalssitzung wagen, den Nachweis anzutreten, dass es überhaupt keine anderen menschlichen Krankheiten als Nervenkrankheiten giebt.

Strauscheid.

Prof. E. Morselli wird demnächst die Leitung der psychiatrischen Klinik in Rom übernehmen.

Prof. Hitzig hat den an ihn ergangenen Ruf nach Wien an Meynert's Stelle abgelehnt.

Der 12. Congress für innere Medicin findet vom 12. bis 15. April 1893 zu Wiesbaden unter dem Präsidium des Herrn Immermann (Basel) statt. Um unsere Leser zu zahlreichem Besuch anzuregen, brauchen wir nur hervorheben, dass am dritten Sitzungstage, Freitag den 14. April, über „Die traumatischen Neurosen" verhandelt wird. Referenten: Herr Strümpell (Erlangen) und Herr Wernicke (Breslau).

Die Eröffnung des XI. internationalen Congresses in Rom wird am 24. September 1893 im Beisein S. M. des Königs von Italien stattfinden.

Die Arbeiten des Congresses werden in den 19 Sectionen den 25. September 1893, Morgens, beginnen und auf Grund der Tagesordnungen geführt und geregelt werden, welche sowohl für die Allgemeinen Sitzungen, wie für jene der Sectionen, von Fall zu Fall veröffentlicht werden.

Einige der allgemeinen Sitzungen werden wissenschaftlichen Vorträgen gewidmet sein, die Gelehrte verschiedener Nationen halten werden. Es sind folgende 19 Sectionen gebildet worden: 1. Anatomie, 2. Physiologie, 3. allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie, 4. Pharmakologie, 5. innere Medicin, 6. Kinderheilkunde, 7. Psychiatrie, Neurologie und criminelle Anthropologie, 8. Chirurgie und Orthopaedik, 9. Geburtshülfe und Gynaekologie, 10. Laryngologie und Rhinologie, 11. Ohrenheilkunde, 12. Augenheilkunde, 13. Zahnheilkunde, 14. Militärische Medicin und Chirurgie, 15. Hygieine, 16. Bau-Sanitätswesen, 17. Dermatologie und Syphilidologie, 18. gerichtliche Medicin, 19. Hydrotherapie und Climatologie.

Von den Ordnungs-Comités der Sectionen machen wir die folgenden ausführlich namhaft:

I. Anatomie. — Todaro F. (Roma) — Antonelli G. (Napoli) — Giacomini C. (Torino) — Romiti G. (Pisa) — Vlacovich G. (Padova) — Calori L. (Bologna) — Zincone A. (Messina) — Zoia G. (Pavia) — Chiarugi G. (Firenze) — Mondino C. (Palermo) — Tenchini L. (Parma) — Lachi P. (Genova) — Randacio F. (Palermo) — Legge F. (Cagliari) — Pitzorno G. (Sassari) — Bianchi S. (Siena) — Giovanardi E. (Modena) — Berté F. (Catania) — Ciaccio G. (Bologna) — Emery C. (Bologna) — Gasco F. (Roma) — Generali G. (Modena) Grassi B. (Catania) — Kleinenberg N. (Messina) — Piana G. P. (Milano) — Sertoli G. (Milano) — Trinchese S. (Napoli) — Garibaldi G. (Genova).

II. Physiologie. — Albini G. (Napoli) — Albertoni P. (Bologna) — Luciani L. (Firenze) — Mosso A. (Torino) — Oehl E. (Pavia) — Paladino G. (Napoli) — Stefani A. (Padova) — Marcacci A. (Palermo) — Fano G. (Genova) — Aducco V. (Siena) — Studiati C. (Pisa) — Peyrani C. (Parma) — Piso Borme G. (Cagliari) — Capparelli A. (Catania) — Puglia G. (Modena) — Corona A. (Sassari).

III. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie. — Bizzozero G. (Torino) — Foà P. (Torino) — Golgi C. (Pavia) — Griffini L. (Genova) — Schrön O. (Napoli) — Tizzoni G. (Bologna) — Taruffi C. (Bologna) — Santi Sirena (Palermo) — Rattone G. (Parma) — Guarnieri G. (Pisa) — Bonome A. (Padova) — Sanquirico C. (Siena) — Martinotti G. (Siena) — Weiss S. G. (Messina) — De Martini A (Napoli) — Fusari R. (Ferrara) — Lustig A. (Firenze) — Sangalli G (Pavia) — Ughetti G. B. (Catania) — Pisenti G. (Perugia) — Vincenzi L. (Sassari) — Maffucci A. (Pisa) — Marchiafava E. (Roma).

IV. Pharmakologie. — Cervello V. (Palermo) — Bufalini G. (Firenze) — Colasanti G. (Roma) — Giacosa P. (Torino) — Fubini S. (Pisa) — Gaglio G. (Messina) — Mosso U. (Genova) — Semmola M. (Napoli) — Chirone V. (Padova) — Baldi D. (Cagliari) — Curci A. (Catania) — Cesari G. (Modena).

V. Innere Medicin. — Baccelli G. (Roma) — Bozzolo C. (Torino) Cantani A. (Napoli) — De Giovanni A. (Padova) — Maragliano E. (Genova) — Rummo G. (Pisa) — Galvagni E. (Modena) — Murri A. (Bologna) — Riva A. (Parma) — Cardarelli A. (Napoli) — Luzzato B. (Palermo) — Grocco P. (Firenze) — Orsi F. (Pavia) — De Renzi E. (Napoli) — Forlanini C. (Torino) — Silva B. (Pavia) — Queirolo G. B. (Genova) — Galassi L. (Roma) — Rossoni E. (Roma) — Fenoglio I. (Cagliari) — Tommaselli S. (Catania) — Fiori G. M. (Sassari) — Crisafulli M. (Messina) — Cantieri A. (Siena) — Patella V. (Perugia).

VI. Psychiatrie, Neurologie und criminelle Anthropologie. — Morselli E. (Genova) — Tamburini A. (Modena) — Vizioli F. (Napoli) — Bianchi L. (Napoli) — Raggi A. (Pavia) — Lombroso C. (Torino) — Tebaldi A. (Padova) — Roncati F. (Bologna) — Funaioli P. (Siena).

VII. Dermatologie und Syphilitologie. — Barduzzi D. (Siena) — Campana R. (Genova) — De Amicis T. (Napoli) — Maiocchi D. (Bologna) — Pellizzari C. (Pisa) — Manassei C. (Roma) — Scarenzio A. (Pavia) — Breda A. (Padova) — Giovannini S. (Torino) — Profeta G. (Palermo) — Mibelli V. (Parma) — Ferrari P. (Catania) — Mazzitelli P. (Messina) — Tommasoli P. L. (Modena).

VIII. Gerichtliche Medicin. — Tamassia A. (Padova) — De Crecchio L. (Napoli) — Lombroso C. (Torino) — Toscani D. (Roma) — Pellacani P. (Bologna) — Ziino G. (Messina) — Filippi A. (Firenze) — Filumusi-Guelfi G. (Pavia) — Raimondi C. (Siena) — Montalti A. (Palermo) — Severi A. (Genova) — Sadun B. (Pisa).

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XVI. Jahrgang. 1893 April. Neue Folge IV. Band.

I. Originalien.

Aetiologie und Pathogenese des gemeinschaftlichen Irreseins (folie à deux).*

Von Dr. van Deventer, Director der Irrenanstalt Meerenberg.*

Bei dem mächtigen Einfluss, den die Umgebung auf den Menschen — in normalem sowohl, als in krankhaftem Zustande — ausübt, muss in erster Linie zwei aetiologischen Momenten Rechnung getragen werden, nämlich der Hirnorganisation und dem Milieu oder, mit anderen Worten, dem anthropologischen und dem socialen Factor.

Nächst diesen allgemeinen aetiologischen Momenten kommt der Zustand der Vorstellungs- und Gefühlssphäre in Betracht, oder mit anderen Worten: Suggestibilität und psychische Emotion.

Hiernach muss man also die Fälle von folie à deux oder, allgemeinverständlicher ausgedrückt, gemeinschaftlichem Irresein in 4 Klassen theilen, je nachdem einer der obengenannten Factoren als aetiologisches Moment, wenn auch nicht ausschliesslich, so doch hauptsächlich in Betracht kommt.

Die Erfahrung lehrt indessen, dass die Umgebung als solche — so wichtig sie auch sein mag — nicht von so übermächtigem Einfluss ist. Zur Bestätigung dieser Behauptung will ich nur auf die bekannten ungarischen Zwillingsschwestern Helene und Judith und auf die siamesischen Zwillingsbrüder Cheng und Eng hinweisen. Obgleich erstere 22 Jahre lang so innig mit einander verbunden waren, dass sogar dasselbe Blut in ihren Leibern floss, waren sie sowohl körperlich als geistig, sowohl in der intellectuellen Begabung und Entwicklung, als im Temperament von einander verschieden. Im Alter von ungefähr 6 Jahren war bei Judith Hemiplegie aufgetreten. —

*) Bei der Redaction eingegangen September 1892. Uebersetzt von Herrn Dr. Kurella.

Ebenso bei Eng und Cheng. Nachdem diese Letzteren schon 55 Jahre in dieser Verwachsung gelebt hatten, entwickelte sich ihre geistige Ungleichheit in solchem Maasse, dass sie durch operativen Eingriff von einander getrennt zu werden wünschten. Beide hatten in Sachen des amerikanischen Freiheitskrieges verschiedene Ansichten, der eine war melancholischen, der andere mehr sanguinischen Temperaments, der eine war nüchtern und mässig, der andere gab sich dagegen alcoholischen Excessen hin.

In den Fällen von gemeinschaftlichem Irresein lehrt eine genauere Untersuchung, ganz in Uebereinstimmung mit dieser Erfahrung, dass immer andere aetiologische Momente von mächtigerem Einfluss in Spiele sind. Das Milieu kann also nicht als Eintheilungsprincip in Betracht kommen, die drei übrigen Factoren dagegen wohl.

Am meisten der anthropologische Factor, die Hirn-Organisation; diese, oder mit anderen Worten, die psychopathische Belastung, kann in so hohem Maasse vorhanden sein, dass gemeinschaftliches Irresein eintritt, ohne dass im übrigen besondere aetiologische Momente ihren Einfluss geltend machen. Die krankhafte Disposition ist mit anderen Worten sowohl die causa disponens als causa efficiens. Bei starker Disposition kann übrigens irgend ein zufälliges aetiologisches Moment der Tropfen sein, der das Gefäss zum Ueberlaufen bringt. In solchen Fällen besteht in der Regel Gleichartigkeit, d. h. es treten Krankheitsbilder auf, die in den Hauptmerkmalen übereinstimmen (folie similaire). Eine genaue Untersuchung lehrt indessen, dass auch in diesen Fällen fast immer individuelle Unterschiede dauernd vorhanden sind, und dass Fälle, wie der bekannte Moreau'sche wohl zweifellos zu den ausserordentlichen Seltenheiten gehören. Ebenso trifft man nicht selten Gleichzeitigkeit an, jedoch nur in dem Sinne, dass die Krankheit im gleichen Lebensalter auftritt, namentlich im Anschluss an dieselbe Entwicklungs- und Uebergangsperiode des Lebens. Dagegen ist „Gleichgradigkeit", d. h. gleiche Entwicklung und Intensität des Krankheitsbildes, durchaus nicht nothwendig. In einem Fall aus meiner eigenen Erfahrung litten ein Vater und seine drei Söhne im gleichen Lebensalter an religiösem Wahnsinn. Bei allen vieren trat in dem betreffenden Alter der Gedanke auf, dass sie durch Gott zu etwas Grossem und Edlem berufen seien, dass ihnen nach Leiden und Streiten Grösse und Macht zufallen würde — und alles das, ohne dass sie — mit Ausnahme des jüngsten Bruders — jemals mit einander darüber gesprochen hätten. Der Vater hatte diese „Gedanken" nur während seiner jüngeren Jahre eine kurze Zeit lang genährt. Der älteste Bruder „fühlte" diese Gedanken im gleichen Alter, wusste sie aber zu unterdrücken. Der zweite war, nach den Angaben seiner Familie, eine Zeit lang wunderlich gewesen und hatte viel über Religion gesprochen; nach seinen eigenen Angaben kamen ihm ähnliche Gedanken wie seinen Brüdern immer dann, wenn ihn die Last des Lebens drückte, doch verschwieg er sie wohlweislich. Der dritte endlich zeigte das ausgesprochene Bild von paranoia religiosa und musste nach einer Irrenanstalt gebracht werden. Obschon dieser jüngste Sohn eine Zeit lang in der Familie verpflegt worden war, übte sein Zustand doch keinen

merklichen Einfluss auf seine Umgebung aus, weder auf seinen Vater noch auf die Brüder.

Fälle von Zwillings- oder Mehrlings-Psychosen sind hierfür sehr lehrreich. Obgleich diese Zwillinge oder Mehrlinge unter ganz anderen Lebensverhältnissen, unter ganz anderer Umgebung aufwachsen, kann sich bei ihnen sehr wohl zur selben Zeit dieselbe Form von Psychose entwickeln, und das selbst in Fällen, in denen man keine auffallende geistige oder körperliche Aehnlichkeit bemerkt. Als Beispiel hierfür mag folgender Fall zweier Zwillingsschwestern dienen, die dem Character nach ganz verschieden waren, und die von frühester Jugend an nur sehr selten mit einander in Berührung gekommen waren. Sie waren beide schwächlich, wenn auch sonst körperlich gesund, von väterlicher wie mütterlicher Seite belastet und, ebenso wie ihre übrigen Brüder und Schwestern, nervös und empfindlich. Die erste war immer, von frühester Jugend an, äusserst schwach, dabei geschäftig und beweglich, gesellig, verliebter Natur, schnell mit den Gedanken, aber nicht mit den Händen, und litt bis zu ihrem 30. Jahr ab und zu an Ohnmachtsanfällen; die andere dagegen war still und gedrückt, starrköpfig, flink mit den Händen, aber langsam im Denken. Erstere wurde in das Buiten-Hospital aufgenommen, weil sie fortwährend „Mord“ schrie und Anlass zu öffentlichem Aergerniss gab. Bei der Aufnahme theilte sie mit, dass sie das letzte Jahr hindurch nächtliche Besuche von ihrem Geliebten gehabt habe, und dass nun ihre Umgebung, hierdurch misstrauisch geworden, sie auf alle mögliche Weise zu düpiren und zu kränken versuchte. Schliesslich habe sie deutlich sagen hören, man wolle sie ermorden, worauf sie Hilfe und Mord geschrieen hätte. Während ihres Anstaltsaufenthalts machte Pat. sowohl inner- als ausserhalb des Bettes fortwährend masturbatorische Bewegungen, indem sie mit übereinandergeschlagenen Beinen die Schenkel an einander rieb, leise und unverständlich vor sich hinmurmelte und mit erotischen Blicken um sich sah, während ihren Körper oft ein heftiges Zittern überlief. Bei ihrer Zwillingsschwester die $1^1/_2$ Jahr später in derselben Anstalt aufgenommen wurde, trat ebenfalls im Frühjahr 1889 die Vorstellung auf, ein reicher Herr habe sich in sie verliebt und wolle sie heirathen, werde aber durch eine andere Frau, die ihn liebt, daran verhindert. Ihrer Umgebung gegenüber äusserte sie von diesen Vermuthungen nichts. Erst $1^1/_2$ Jahr später kam man hinter den eigentlichen Sachverhalt. Sie behauptete, die Nachbarn wollten ihr diesen reichen Herrn auf alle mögliche Art und Weise abspenstig machen, und da ihnen dies nicht glückte, wollten sie sie ermorden, „wie sie sie deutlich sagen gehört habe“. Mit List wurde sie darauf in die Anstalt gebracht; einige Tage nach ihrer Aufnahme theilte Pat. mit, dass ihre nächtlichen Besuche sich immer noch fortsetzten, und dass sie nun in anderen Umständen sei. —

Besondere Aufmerksamkeit verdient auch der bekannte Fall von Microcephalie bei den Zwillingsbrüdern Ledermann. Beider Leiden beruht, wenn nicht auf einer ursprünglichen Entwicklungsanomalie der Eizelle, so doch zweifellos auf einer ursprünglichen Entwicklungsstörung des Gehirns. — In diesen Fällen muss also die gleiche Anlage, resp. analoger Bau des Gehirns, das sich übrigens individuell in bestimmter Richtung entwickeln kann, als mächtiges aetiologisches Moment betrachtet werden.

Daher bezeichne ich diese Fälle als „gemeinschaftliches, gleichförmiges Irresein“. Es bedarf wohl keiner weiteren Beweise, dass in den reinen, uncomplicirten Fällen eine Trennung ohne Einfluss bleibt — ein in differentiell-diagnostischer Hinsicht sehr werthvolles Kennzeichen.

Die bedeutende Rolle, die in zweiter Linie der Suggestion, d. h. dem Hervorrufen bestimmter Vorstellungen zugesprochen werden muss, lehrt schon der Entwicklungsgang des normalen Menschen. Ursprünglich wird alles auf Autorität hin angenommen, erst im späteren Leben entwickelt sich der sogenannte Selbstständigkeitssinn.

Das Kind wird sozusagen nach seiner Umgebung gemodelt. Im jugendlichen Lebensalter ist der Mensch mit anderen Worten äusserst empfänglich für Eindrücke, daher eine mächtige Persönlichkeit im Stande ist, ihm Gedanken aufzuzwingen, Vorstellungen einzugeben, die seiner ganzen Organisation im Grunde widerstreben.

Die Pädagogen ziehen diesen Umstand stets in Betracht. Je nach der Individualität, oder mit anderen Worten, der Hirnorganisation, wird sich dieser Einfluss auch noch im späteren Leben mehr oder weniger geltend machen.

Als praedisponirende Momente können dabei unter anderen beobachtet werden: Jugendliches Lebensalter, weibliches Geschlecht, stark entwickeltes Vorstellungsvermögen, Leichtgläubigkeit, Unselbstständigkeit, beschränkte Verstandesentwicklung, im Allgemeinen Suggestibilität.

Unter solchen Umständen kann die Psychose von einem Menschen auf einen anderen übertragen werden, wobei jedoch, — um dies noch einmal ausdrücklich zu betonen, — ein bestimmtes Maass von Praedisposition, also der anthropologische Factor, niemals ganz fehlt.

In solchen Fällen macht sich in der Regel der Einfluss des Milieu geltend. Abgeschlossenheit von der Aussenwelt, andauernder, inniger Contact, gemeinschaftliche sociale Verhältnisse, gleiche Lebensbedingungen können nächst Geistesverwandtschaft als solcher erwähnt werden.

Der primär Erkrankte spielt hier, — wenn auch oft unbewusst, — die Rolle des Provocateurs, in anderen Fällen dagegen hat er eine im eigentlichen Sinne des Wortes active Rolle, indem er dem secundär Erkrankten seine eigenen Vorstellungen aufzwingt, bald nur durch die Macht seiner Autorität oder Beweisführung, bald durch Einschüchterung, Drohung, Gewalt, kurz auf alle mögliche Weise. So kann z. B. eine Mutter ihre Kinder systematisch zu excentrischen Individuen erziehen, ein krankhaftes Misstrauen gegenüber der Aussenwelt in ihnen erwecken und sie in dem Grade beeinflussen, dass schliesslich bei allen Symptome von Verfolgungswahn auftreten. Merkwürdig ist es indessen, dass oft der Uebergang zu krankhaften Vorstellungen bei dem secundär Erkrankten stattfindet, obschon er den Aeusserungen des primär Erkrankten durchaus keinen Glauben geschenkt, ja dieselben als vollständig krankhaft betrachtet hat. Dieser Uebergang findet dann jedoch in der Regel sehr langsam, fast unmerklich statt, da noch andere, körperliche oder geistige, abschwächende Momente im Spiele sind. Im Gegensatz zu den erstgenannten Fällen scheint in diesen letzteren Trennung der beiden Kranken von bedeutendem Einfluss zu sein, ja selbst wenn der secundär Erkrankte sich Jahre lang von dem anderen hat beeinflussen

und bewusst oder unbewusst Vorstellungen hat suggeriren lassen, kehrt nach einer Trennung unter günstigen Umständen gewöhnlich binnen kurzer Zeit der normale Zustand zurück. Doch sind diese beiden Formen nicht immer von einander zu unterscheiden. Ohne Frage hängt es nicht bloss von der Suggestibilität des Individuums, sondern auch von der Verminderung seines Widerstandsvermögens und von dem Grade seiner erblichen Belastung ab, in welcher Form das gemeinschaftliche Irresein auftritt. Wo beide Factoren von praedominirender aetiologischer Bedeutung sind, haben wir es mit der gemischten Form des gemeinschaftlichen Irreseins zu thun. Trennung ist in diesen Fällen nur partiell von Einfluss, wie sich bei genauerer Untersuchung leicht constatiren lässt.

In den besprochenen Fällen sehen wir also durchgehends Gleichförmigkeit, nicht eigentliche Gleichzeitigkeit; jedoch kann sich bei diesen gemeinschaftlichen Psychosen das Leiden bei dem secundär Erkrankten so ungeheuer schnell entwickeln, dass schon dies Kennzeichen allein bei sehr genauer Untersuchung in's Auge fällt. Wirkliche Gleichgradigkeit beobachtet man sehr selten, wenigstens in den reinen Fällen, mit anderen Worten: Uebertragung der Psychose bis in ihre kleinsten Einzelheiten, bis auf alle körperlichen und geistigen Symptome, Hallucinationen und Wahnvorstellungen — Wort für Wort sozusagen — kommt sehr selten vor (folie communiquée). Oft nimmt der secundär Erkrankte nur die wahrscheinlichsten oder wenigstens annehmbarsten der Wahnvorstellungen auf, die auf scheinbaren oder wirklichen Thatsachen beruhen (folie imposée).

In den gemischten Fällen, namentlich wenn zugleich starke psychopathische Belastung vorhanden ist, können in weiterem Verlauf die beiden Kranken einander gegenseitig beeinflussen, es kann eine Wechselwirkung stattfinden, indem beide gewissermassen Baumaterial für den gemeinschaftlichen Wahn ansammeln. Die übertragenen Wahnvorstellungen können dabei bei dem secundär Erkrankten sehr wohl der Ausgangspunkt für neue Wahnideen sein, die er nicht mit den anderen theilt.

Besonders oft wird eine derartige Entwicklung der Krankheit nach verschiedenen Richtungen hin beobachtet, wenn die erkrankten Individuen getrennt werden. Während bei der gleichförmigen Geistesstörung die allerverschiedensten Formen psychischer Störungen vorkommen können, — worüber die dementia paralytica besondere Erwähnung verdient, — gehören die soeben erwähnten Formen meist zur Paranoia, wenigstens soweit die reinen ungemischten Fälle in Betracht kommen (délire en partie double). In den gemischten Fällen kann eine wirkliche „suggestion en masse et à distance“ stattfinden.

In einem Fall aus meiner eigenen Erfahrung behauptete eine scheinbar ehrbare Wittwe, die sich, zur Verwunderung ihrer Umgebung, Mutter fühlte, — offenbar zur Vertheidigung ihrer Unschuld, — dass sie an einem bestimmten Abend, als sie auf der Strasse ging, gegen ihren Willen von einem Herrn in einen Wagen entführt und in Schlaf versetzt worden sei. Ueber die näheren Umstände der Entführung gab sie einen sehr umständlichen Bericht ab, die Sache wurde bekannt und machte die Runde durch verschiedene Zeitungen.

Bald darauf machten verschiedene junge Frauen ganz dieselben Angaben über eine Entführung unter genau denselben Umständen, wie die Zeitungen über den ersten Fall berichtet hatten.

Sechs von diesen Frauen, die sich wegen psychischer Störungen in meine Behandlung gaben, zeigten unverkennbar die Symptome der Hysterie. Bei einer von ihnen war die Vorstellung der Entführung und Düpirung im Anschluss an einen hysterischen Anfall während des Deliriums aufgetreten.

Hieraus geht hervor, dass man zur Erklärung solcher Krankheitsbilder durchaus keine sogenannte „psychische Infection" anzunehmen braucht, ganz zu schweigen von der Annahme eines Uebertragens von wirklichem Ansteckungsstoff, — einer Bacilleninfection, — eines bacillus-neurosi-genes! Man kann hier ebenso wenig von einfacher Uebertragung sprechen, als bei dem Uebergehen der Electricität von der primären auf die secundäre Rolle. Die Bezeichnung „inducirte Psychose", so ingeniös sie auch sein mag, sollte daher nicht gebraucht werden. Ebenso genügt die blosse Nachahmungssucht nicht zur Erklärung, eine Uebertragung von Symptomen auf so einfachem Wege ist nicht möglich, „singer n'est pas imiter".

Ein bestimmtes Maass von Geistesverwandtschaft, von Sympathie kann ebenso wenig als Erklärung des ganzen Krankheitsbildes dienen Wie oben bereits gesagt, findet bei diesen Krankheitsformen die Uebertragung gerade so wie beim normalen Menschen, durch Suggestion statt. Daraus erklärt es sich, dass es in vielen Fällen so schwer zu entscheiden ist, ob es sich nur um Verirrung oder um Geisteskrankheit im absoluten und legalen Sinne des Wortes handelt, — eine Frage, auf die oft nur die eingehendste Untersuchung Antwort geben kann.

Zur Unterscheidung zwischen folie imposée und folie communiquée und zwischen diesen und einfacher Verwirrung kann kein scharf characterisirtes Kennzeichen gegeben werden. Ob die Psychose vollständig oder nur theilweise übertragen wird, ob Hallucinationen auftreten oder nicht, ob der secundär Erkrankte activ wird, — alle diese Umstände können mit Rücksicht auf das, was die Erfahrung uns lehrt, nicht als so wichtige Characteristica betrachtet werden. Die Litteratur über bewusste und und unbewusste Suggestion in wachendem sowohl als in schlafendem Zustand, beweist dies noch deutlicher.

Diese Form von gemeinschaftlichem Irresein, die sich auf oben erwähnte Weise vollkommen erklären lässt, bezeichne ich desshalb als suggerirte Psychose. — Der Einfluss, den die psychische Emotion, die Einwirkung auf das Gemüth, — der dritte der oben erwähnten Factoren, — sowohl in normalem als in pathologischem Zustande auf den Menschen ausübt, ist von nicht minder grosser Bedeutung. Die Erfahrung bei plötzlichen Unglücksfällen, — Erdbeben, Revolution, Belagerung etc. möge hierfür als Beweis dienen und ebenso die Thatsache, dass die Reaction je nach dem Individuum eine ganz verschiedene ist.

In solchen Fällen findet also keine Uebertragung von krankhaften Erscheinungen statt, — aber die psychische Emotion wirkt, — wie es treffend ausgedrückt worden ist, als „psychisches Trauma". Deprimirende Eindrücke und der Kampf des Lebens im Allgemeinen wirken ähnlich, — jedoch ist diese Wirkung zwar von längerer Dauer, aber weniger intensiv.

Die Psychose eines primär Erkrankten übt nicht selten einen ebensolchen Einfluss aus und zwar in krankhaftem Sinne bei psychopathisch belasteten Individuen, namentlich auf die nächste Umgebung. Dabei sind in der Regel eine Menge anderer Momente im Spiel, die, der Kürze halber, als das „Miterleben der Psychose“ bezeichnet werden. Als solche können bezeichnet werden: Blutsverwandtschaft, erbliche Disposition, jugendliches Alter, weibliches Geschlecht, stark dominirendes Gefühlsleben, Impressionabilität, Verpflegung durch ein Familienmitglied, das den Erfordernissen der Krankenpflege nicht gewachsen ist und es an einer festen Hand, an der erforderlichen Ordnung und Zucht fehlen lässt und Versuche macht, den Kranken durch Vorstellungen, durch Ablenkungen und Zerstreuungen, sogen. Calmiren, oder durch fortwährendes Widerlegen und Durchsprechen der krankhaften Ideen, durch beständiges Nachgeben oder Versuche, das Gemüth zu beeinflussen, zu heilen. Endlich financielle oder häusliche Sorgen, die Furcht vor dem Bekanntwerden der Krankheit, übermässige Anstrengungen, Mangel an Nachtruhe, ungenügende Ernährung, Blutarmuth etc.

Unter solchen Umständen treten bei dem secundär Erkrankten häufig auf: Angstzustände, Depression, Hyperaesthesie gegenüber Sinnes- und Gemüthseindrücken, unruhiger Schlaf mit ängstlichen Träumen und häufigem Auffahren, Gefühl von Unruhe, die Angst, geisteskrank zu werden, Unvermögen, die Gedanken zusammenzuhalten, fortwährendes Voraugenhaben des Andern, primär Erkrankten etc. Wenn der primär Erkrankte an Melancholie leidet, so tritt nicht selten bei dem secundär Erkrankten auf dem Wege der Auto-Suggestion der Gedanke auf, verdammt und verloren zu sein, niemals selig werden zu können, — mit einem Wort, es entwickelt sich bei ihm das Bild der Melancholie. Die Krankheitsform des primär Erkrankten ist ebenso von Einfluss. Exaltationszustände, Melancholie und Manie verdienen als solche in erster Reihe Erwähnung. Wie schon gesagt, fehlt ein gewisses Maass von psychopathischer Belastung in den eben erwähnten Fällen ebenso wenig als bei der suggerirten Psychose. Schon die Thatsache, dass psychische Störungen in Irrenanstalten bei dem Pflegepersonal sehr selten vorkommen oder doch nur dann, wenn andere aetiologische Momente im Spiel sind, spricht deutlich hierfür. Das Auftreten der Psychose kann bei dem secundär Erkrankten schneller oder langsamer stattfinden; manchmal ist es äusserst acut. Bei stark disponirten Individuen kann schon die Nachricht, dass irgend ein geliebtes Familienglied irrsinnig geworden ist, als Chok, Ictus, sozusagen als psychisches Trauma wirken und das Auftreten heftiger, von einer Emotionspsychose fast nicht zu unterscheidenden Affectzustände zur Folge haben, und dann kann eine scheinbare Gleichzeitigkeit bestehen.

Zur Verdeutlichung diene folgender Fall: Eine meiner Patientinnen, ein 18jähriges Mädchen, war, ebenso wie ihre Mutter und 8 Geschwister, äusserst nervös und sensibel, zitterte bei der geringsten Erregung über und über; im Uebrigen war sie ganz gesund. Da sah sie eines Tages, als sie in der Pferdebahn sass, ganz unerwartet, dass ihre Schwester, bei der im Anschluss an eine Gemüthsbewegung ein heftiger Anfall von hallucinatorischer Verwirrtheit aufgetreten war, in die Irrenanstalt übergeführt wurde. Heftig erschrocken darüber hatte sie sofort eine eigenthümliche

Empfindung im Epigastrium, die nach oben stieg, zugleich mit einem Gefühl von Druck in der Magengegend, Herzklopfen, globus, Flimmern vor den Augen, Hämmern in den Schläfen und schliesslich Schwindel. Zu Hause angelangt, brach sie in Schluchzen aus, jagte aus einem Zimmer, aus einem Winkel in den andern, klammerte sich an einen Diener fest, — und schliesslich traten heftige Krampfanfälle auf. Daran schloss sich das typische Bild acuter hallucinatorischer Verworrenheit, verbunden mit Wein-, Husten- und Schluckkrämpfen und häufigen heftigen Stössen durch den ganzen Körper. Zwei Wochen später trat ein ebensolcher Anfall auf aber ohne Krämpfe, als sie hörte, dass ihre Schwester nach einer Irrenanstalt gebracht werden sollte. Beide Anfälle dauerten 3 Tage. Drei Monate später trat, nachdem sie beim Fensterputzen eine Scheibe zerbrochen hatte, ein typischer hysterischer Insult auf, gefolgt von Mutismus, der nach 8 Tagen während des Schlafs verschwand. Sie träumte nämlich, Jemand klopfe an das Fenster und rufe: „Ich gehe nicht fort, ehe ich Antwort bekomme“. Da schrie sie, so laut sie konnte, „Ja“, wachte auf, konnte wieder sprechen und der globus, der sie in den letzten Tagen geplagt hatte, war vollständig verschwunden. Seit dieser Zeit trat noch einmal, im Anschluss an eine psychische Emotion, ein hysterischer Anfall auf.

In Folge des Miterlebens der Psychose tritt natürlich die secundäre Psychose langsamer auf. Oft tritt dabei deutlich hervor, wie zu allererst das psychische Widerstandsvermögen in Folge obenerwähnter schwächender Momente vermindert wird.

Gleichförmigkeit kommt nicht selten vor, doch ist sie oft mehr scheinbar als wirklich oder doch nur anfangs vorhanden.

Gleichgradigkeit kommt zwar vor, aber durchaus nicht als Regel; die secundäre Psychose kann unabhängig von der primären die allerverschiedensten Intensitätsgrade zeigen. Die Prognose ist günstig, wenn der secundär Erkrankte nur rechtzeitig dem unheilvollen Einfluss entrückt und unter günstige Bedingungen gebracht wird. Im Uebrigen finden hier die gewohnten Regeln der Prognostik ihre Anwendung.

Es bedarf wohl keines Beweises dafür, dass diese Form von gemeinsamer Geistesstörung füglich mit dem Namen emotive Geistesstörung zu bezeichnen ist.

Es bleibt nun noch eine Gruppe zur Besprechung übrig, bei der sowohl Suggestion als auch Emotion ihre Wirkung ausübt; die praedisponirenden Momente, die oben erwähnt wurden, gelten natürlich auch für diese Fälle.

Wenn günstige Umstände zusammenwirken, — z. B. politische Unruhen und religiöse Bewegungen u. dergl., so können psychische Störungen, — wie die Erfahrung lehrt, — schnell um sich greifen, und endemisch, ja epidemisch werden. Doch abgesehen hiervon liefert auch das tägliche Leben eine Menge von Beispielen dafür, welchen Einfluss diese gemischten Factoren auf den kranken, sowie auf den normalen Menschen ausüben. Die Art und Weise, wie Sequah gewissermassen die Atmosphäre vorzubereiten weiss, um seinen Heilmitteln Eingang beim Publikum zu verschaffen, ist äusserst lehrreich hierfür. Ebenso die Art und Weise, wie bei der Heilsarmee die sogenannten Bekehrungen stattfinden. Auf die

Armesünderbank gesetzt wird der zu Bekehrende beispielsweise gefragt: „Fühlst du nicht dein Gewissen schlagen? Fühlst du nicht, dass du ein Sünder bist? Weisst du nicht, dass der Herr die Macht hat, dich vom Bösen zu erretten? Wird es dir nicht leicht um's Herz? Fühlst du nicht, wie Jesus Christus dich mit Gewalt aus der Macht des Teufels erlösen will? Fühlst du nicht die himmlische Glückseligkeit in dir wachsen?“

So werden, bewusst oder unbewusst, ganz bestimmte Vorstellungen hervorgerufen.

Es bedarf wohl keines weiteren Beweises, dass derartige Beeinflussungen bei psychopathisch belasteten Individuen von nachtheiligen Folgen sein können. In einigen Fällen aus meiner Erfahrung liess sich die Entwicklung der Geistesstörung als Folge oben erwähnter Einflüsse fast von Stufe zu Stufe nachweisen.

Ebensolche Wirkung gemischter Factoren findet statt bei Personen, die zu Experimenten mit Magnetismus oder bei spiritistischen Séancen verwendet wurden, oder die bei religiösen Zusammenkünften „vom Geiste Gottes befallen“ werden und „Gottes Wort verkündigen“.

Bei dergleichen Personen, — die nicht selten psychopathisch belastet sind, — beginnt der eigenthümliche Zustand oft mit einer characteristischen manchmal vollkommen hysterischen Aura, darauf folgen mehr oder weniger starke Krämpfe und schliesslich eine Art von Clairevoyance, wonach auch der ganze Zustand benannt wird. Die Uebereinstimmung zwischen solchen Zuständen und einem hysterischen Insult liegt also in diesen Fällen auf der Hand. Bei manchen Hysterischen scheinen sie einander in der That vollkommen zu decken. Als Beispiele für solche „gemischte Wirkung“ mögen folgende 3 Fälle dienen:

I. Patientin, 30 Jahre alt, von väterlicher und mütterlicher Seite stark psychopathisch belastet, wurde nach den Angaben ihrer Mutter in der Trunkenheit erzeugt und war während ihres intrauterinen Lebens „sehr beweglich“. Mit $1^1/_2$ Jahren litt sie an heftigen Convulsionen, war immer äusserst nervös und ungestüm. Sowohl aus diesem Grunde als auch weil sie zu schwächlich war, um in einen Dienst zu gehen, blieb sie bei den Eltern und zwar fast ausschliesslich in Gesellschaft ihrer Mutter. Diese litt seit dem Tode ihres Mannes, 1889, an Verfolgungswahn, hörte Stimmen, die Schlechtes von ihr sprachen, — besonders immer, dass sie ihren Mann ermordet hätte, — war in Folge dessen beständig eine Beute der heftigsten Angst und wollte sich das Leben nehmen. Obschon Pat. von der Geisteskrankheit ihrer Mutter überzeugt war, konnte sie das fortwährende Schreien und Lamentiren derselben nicht anhören und gerieth oft ganz ausser sich, wenn diese unaufhörlich von ihren angeblichen Beschuldigern sprach. Sie gebot ihrer Mutter, sich still zu verhalten und wenn diese nicht gehorchte, so kam es zu förmlichen Prügeleien, wobei sogar einmal die Tochter die Mutter mit dem Beil verletzte. Indessen entwickelte sich bei der Tochter die Wahnvorstellung, von fremden Männern auf unsittliche Weise gemissbraucht worden zu sein; sie suchte sich auf alle Weise dagegen zu vertheidigen und war in Folge dessen sehr gefährlich für ihre Umgebung.

Aeusserungen ihrer Mutter hatten sie auf diese Wahnideen gebracht.

Bei der Aufnahme in das Amsterdamer Irrenhaus sagte sie ungefähr Folgendes: „Der Mensch ist nicht von Kalk und Stein, und wenn man immerfort dasselbe erzählen hört, fängt man an, es selber zu glauben".

„Auf die Weise bin ich nicht bloss körperlich, sondern auch im Kopfe schwach geworden, ich fing an, alles durcheinander zu sprechen, und wenn ich etwas gefragt wurde, dann war' ich ganz verworren. Erst rief ich, als ich meine Mutter nach dem Schornstein hin fluchen hörte, „Du bist verrückt" und wir kamen so in Streit, aber später glaubte ich selbst daran, ganz kann ich es auch jetzt noch nicht begreifen. Erst sah ich, dass betrunkene Männer, die an unserer Thür vorbeikamen, mich auf's Korn nahmen. Darauf kam Nachts Jemand in mein Bett und endlich entnahm ich aus den Reden meiner Mutter, dass die betrunkenen Männer mich nur darum plagten, weil dieser Mann mich haben wollte".

Während ihres Anstaltsaufenthalts machte Pat. bei Tage und bei Nacht unausgesetzt masturbatorische Bewegungen, wobei ihr Gesicht hochroth wurde, Tremor universalis auftrat und starke Schweisssecretion folgte. Pat. blieb bei der Wahnidee, geschlechtlichen Verkehr mit einem Manne gehabt zu haben. Sie arbeitete nichts, „dazu sei sie zu schwach im Kopf von all' dem Geschwätz ihrer Mutter". Bei Besuchen ihrer Mutter brach sie sofort in heftige Wuth aus, nannte sie die Ursache ihrer Krankheit und beide nannten einander gegenseitig „verrückt". Nach 2 Monaten kehrte sie in das elterliche Haus zurück, musste aber schon nach ein paar Tagen wieder aufgenommen werden, da sie ihre Mutter mit dem Messer bedroht hatte; sie erklärte selbst, sie habe „gleich wieder aufgetrumpft, weil sie das Narrengeschwätz ihrer Muttee nicht anhören konnte; das machte sie so wüthend".

II. 66jährige Patientin, von Vater- und Mutter-Seite her belastet, nervöser, sensibler Natur, übrigens körperlich und geistig gesund, hatte von früh auf mit den Mühen des Lebens zu kämpfen. Als sie ungefähr 32 Jahre alt war, starb ihr Bruder, der Ernährer der Familie, an einem Rückenmarksleiden. Von da an führte sie mit ihrer 4jährigen Schwester, die sie zärtlich liebte, ein armseliges Leben, ganz abgeschlossen von der Welt. Unter diesen Umständen wurde ihre Schwester äusserst reizbar und allen Sinneseindrücken gegenüber — besonders Gehörseindrücken — höchst empfindlich. Sie klagte beständig, dass sie durch Geräusche gequält würde, die ihr das Gehirn schwächten und sie noch tödten würden. In Folge hiervon traten bei Tag und Nacht heftige Wuthanfälle auf, wobei die Kranke sich selbst und die Schwester misshandelte. Zu gleicher Zeit entwickelte sich das Bild von Dementia senilis bei ihr, sie verlor das Bewusstsein für Raum und Zeit und erkannte selbst die Schwester nicht mehr.

Die ältere Schwester, — meine Patientin, — war durch alle diese Vorgänge auf's tiefste bedrückt, um so mehr, als sie die Andere trotz aller ihrer Liebe und Pflege unaufhörlich leiden und schwächer und schwächer werden sah. Das ängstliche Schreien und Kreischen schnitt ihr in dem Maasse in's Herz, dass sie nicht im Stande war, sich zu wehren, wenn die

Schwester ihr zu Leibe ging. Allmählich wurde sie ebenso reizbar und hypersensibel, wie ihre Schwester. Ein Jahr vor ihrer Aufnahme in die Anstalt mussten die Schwestern umziehen, nachdem sie 50 Jahre an demselben Ort gewohnt hatten. In der neuen Wohnung fühlte sich Patientin durchaus nicht wohl, besonders weil sie von Nachbarn und Strassenjungen belästigt wurde, wenn ihre Schwester so laut schrie. Nach einem Gespräch mit dem über ihr wohnenden Miether stieg der Verdacht in ihr auf, dass dieser, „ein guter Christ", sie zum Uebertritt zum christlichen Glauben verleiten wollte und, da ihm dieses nicht gelang, sie mit allerlei Geräuschen quälte und verfolgte, durch die er ihre Schwester tödten wolle". In der That stampften diese Nachbarn auf den Fussboden, sobald die Kranke unten lärmend wurde. Die Aeusserungen der Schwester, die sie früher nie geglaubt hatte, bestärkten sie in dieser Vermuthung, obschon sie dieselbe immer für geisteskrank gehalten hatte. Nun entwickelte sich bei der Pat. das typische Bild des Verfolgungswahns, in dem der schon erwähnte oben wohnende Hausgenosse die Hauptrolle spielte. Nachts drangen er und seine Spiessgesellen in ihre Wohnung ein, kehrten das unterste zu oberst, zerstörten den Hausrath, drangen endlich in ihre Schlafkammer, gaben ihr einen Schlaftrunk, kräuselten ihr die Haare, schärften ihr die Zähne, um sie nach dieser Verjüngungskur geschlechtlich zu missbrauchen, — wie sie nach dem Aufwachen deutlich fühlen könne. Jedoch will sie ihren Verführer, — den oben erwähnten Hausgenossen, niemals gesehen noch gehört haben. Wegen ihres die öffentliche Ruhe störenden Verhaltens wurde sie sammt ihrer Schwester in die Amsterdamer Irrenanstalt gebracht. Bei ihrer Ankunft wollte sie sich nicht von ihrer Schwester trennen und war nicht eher ruhig, als bis sie sich mit eigenen Augen überzeugt hatte, dass dieselbe gut aufgehoben sei. Wenn sie ihre Schwester jedoch schreien hörte, was gewöhnlich gegen Abend geschah, bat und flehte sie die Wärterin auf ihren Knieen, sie doch sanft zu behandeln, da sie schon so viele Jahre geisteskrank und durch all' die Geräusche so schwach im Kopfe sei. Sie dankte Gott, dass ihre Schwester in der letzten Zeit weniger zu denken vermochte und dadurch weniger litt. Nach der Ueberführung in die Niederl. Israelitische Anstalt trat die Wahnvorstellung auf, verfolgt und gepeinigt zu werden und zwar durch eine Maschine, die die Beamten der Anstalt auf Anstiften ihres Verführers in Bewegung setzten. Mit dieser Maschine trommelten sie ihr auf den Kopf, kniffen sie in die Arme und fest in's Herz. Auch thäten sie ihr Gift in das Essen, so dass sie es oft ausspucken müsse. Ungefähr ein Jahr nach ihrer Aufnahme in obenerwähnter Anstalt starb die jüngere Schwester im Beisein der Pat., die jedoch dabei blieb, ihre Schwester sei nicht todt, später behauptete sie wieder, sie wäre ermordet worden. Die letztgenannten Einzelheiten wurden mir durch den Director der betreffenden Anstalt, Herrn Dr. Convée, mitgetheilt.

III. Pat., 61 Jahre alt, litt, ebenso wie ihre Mutter, von frühester Jugend auf an Kopfschmerz, war sonst aber körperlich und geistig gesund, ein fleissiges, stilles Wesen. Ihr ältester Bruder starb geisteskrank in jugendlichem Lebensalter. Ein anderer Bruder ist ein stiller, sonderbarer Mensch. Zu diesem zog sie nach dem Tode ihrer Eltern vor ungefähr

4 Jahren, da seine Frau dem Haushalt nicht mehr vorstehen konnte; diese litt nämlich an Verfolgungswahn, der sich langsam im Anschluss an auftretende Taubheit entwickelte und ein sehr eigenthümliches häusliches Leben zur Folge hatte. Sie behauptete, durch Maschinen beeinflusst zu werden, die ihren Körper und seine verschiedenen Organe auseinander rissen, dieselben an andere Stellen brächten und ineinander einpflanzten. Auf diese Weise gelänge es ihrem Hauptverfolger, unehrbare Gefühle in ihr zu erwecken, denen sie, trotz heftigen Widerstrebens mit Wort und That nachgeben müsse, so dass sie gegen ihren Willen in Bigamie lebe.

Pat. konnte sich in dieser neuen, unheimlichen Umgebung nicht zurecht finden, um so weniger, als sie Niemanden hatte, zu dem sie sich aussprechen konnte. Das fortwährende Anhören des verrückten Geschwätzes machte sie nervös und reizbar im höchsten Grade. Es kam öfter zum Wortwechsel zwischen ihr und ihrer Schwägerin, ja sie wurden sogar handgreiflich. Inzwischen trat bei Pat. spontan Bruch der rechten und linken Kniescheibe auf und ebenso, in Folge der sich entwickelnden Osteomalacie, eine Skolio-Kyphose der Halswirbelsäule. Ungefähr ein halbes Jahr vor Aufnahme in der Amsterdamer Irrenanstalt hatten sich auch deutliche Symptome von dementia senilis eingestellt. Ungefähr ein Monat später trat die Wahnidee auf, nächtliche Besuche zu erhalten und zwar von einer Person, die sie genau beschrieb, und von dieser Zeit an hatte Pat. immer „aufrecht im Stuhl“ geschlafen, statt in ihrem Bette. Mit der Zeit übernahm Pat. ganz die Wahnvorstellungen ihrer Schwägerin, obwohl sie dieselbe immer als geisteskrank betrachtet hatte. Auch sie behauptete nun, durch verschiedene Personen verfolgt und gequält und des Nachts durch ihren Hauptfeind gemissbraucht zu werden, und machte in Folge dieser Wahnideen mehrfache Selbstmordversuche, worauf sie sammt ihrer Schwägerin in das Irrenhaus gebracht wurde. Obgleich in Folge der dementia senilis die einzelnen Wahnvorstellungen, wenigstens scheinbar, in sehr losem Zusammenhang zu einander standen, schien sich doch das ganze Ideensystem auch nach der Trennung von ihrer Schwägerin, mehr und mehr zu entwickeln; so setzte sich die Vorstellung bei ihr fest, verheirathet und Mutter zu sein. Sie entfernte sich öfters, um nachzusehen, ob die Amme auch ihre Pflicht thäte, um das Kind zu suchen, ihm die Brust zu geben u. s. w., u. s. w.

In Folge ihrer Vergesslichkeit wusste sie oft nicht, wo sie dies oder jenes hingelegt hatte und behauptete dann, bestohlen worden zu sein. Nach dem Anlegen eines Stützverbandes zur Hebung ihrer verkrümmten Halswirbelsäule war sie sehr glücklich und behauptete, der Professor habe ihr den Kopf abgenommen, einen neuen Hals dazwischengesetzt, und nun sehe sie viel besser aus, und ihr Mann würde entzückt davon sein, wenn er Nachts zu ihr käme.

Um Zank zu vermeiden, mussten Pat. und ihre Schwägerin getrennt verpflegt werden, und ebenso darum, weil die eine die Andere noch in ihrem Wahn bestärkte. —

Hiermit glaube ich, diese gemischte Form von gemeinschaftlichem Irresein genügend klar gemacht zu haben. Nur sei noch erwähnt, dass das Vorhergesagte auch bei der psychischen oder suggestiven Therapie,

besonders bei Hypnose, seine volle Anwendung findet. Hierbei suche man nicht nur Beeinflussung des Verstandes, sondern ebenso des Gemüths zu erreichen, wobei man mit der Individualität sowohl wie mit dem Milieu zu rechnen hat. Wenn man diese Umstände nicht ausser Acht lässt, so kann man, meiner Erfahrung nach, unerwünschte Nebenwirkungen sehr wohl vermeiden.

II. Referate und Kritiken.

180) **Ludwig Mann** (Breslau): Ueber Veränderung der Erregbarkeit durch den faradischen Strom.

(D. Arch. f. klin. Medicin, Bd. 41.)

Verf. hat über die immer noch strittige Frage, ob der inducirte Strom die Erregbarkeit der Muskeln steigere oder nicht, Versuche angestellt, deren Ergebnisse er in folgenden Sätzen zusammenfasst:

1. Sehr schwache Inductionsströme, deren Intensität unter dem contractionserregenden Minimum liegt, hinterlassen nach mehrere Minuten langem Durchströmen eines Muskels oder Nerven keine Veränderung seiner faradischen Erregbarkeit.
2. Stärkere Inductionsströme, welche eine Contraction eines Muskels hervorbringen, setzen die Erregbarkeit desselben herab und zwar um so höher, je grösser ihre Intensität und je länger die Zeit ihrer Einwirkung ist. Dabei ist es gleichgültig, ob die Reizung vom Muskel oder vom Nerven aus erfolgt.
3. Regelmässig wiederholtes Faradisiren bewirkt nach einer Reihe von Tagen eine Steigerung der Erregbarkeit des faradisirten Nerven oder Muskels.

Erlenmeyer.

181) **R. Ellis** (Danbury, Conn.): „The nervous sequelae of typhoid fever".

(The Medic. Record, 1. Oct. 92.)

Unter den posttyphösen Erkrankungen des Nervensystems finden sich nach Verf. an den Meningen Congestionirung, eitrige Entzündung, kleine Blutergüsse, Oedem, im Hirn Congestionirung, Blutung, Thrombose, Embolie Unter den Symptomen dieser Erkrankungen ist die cervicale und lumbale Paraplegie das seltenste und zugleich das am schwersten heilbare; die Hemiplegie dagegen ist zwar auch selten, geht jedoch gewöhnlich in Heilung über. Beide können unter Umständen nur Folgezustände nervöser Erschöpfung sein. Anästhesie wird oft beobachtet, noch häufiger allgemeine oder locale Hyperästhesie. Krämpfe treten selten auf, dagegen findet sich oft Parese einzelner oder einer Reihe von Muskeln. Amnestische oder atactische Aphasie kommt vor, ist gewöhnlich vollständig und bildet sich in der Regel langsam zurück. Neuralgieen, namentlich des Kopfes, Gesichtes und Raumes sind sehr häufig. Periphere einfache und multiple Neuritis stellt sich selten ein; gelegentlich einmal auftretende Geistesstörung ist gewöhnlich von kurzer Dauer. — Verf. warnt, in allen Fällen zu schnell mit der Diagnose einer organischen Läsion bei der Hand zu sein, da die Nerven-Erscheinungen oft nur vorübergehender functioneller Natur seien.

Dr. Voigt (Oeynhausen).

182) **G. Vassale e Ercole Sacchi:** Sulla distruzione della ghiandola pituitaria.

(Riv. sperim. di freniatria 1892, H. 3 u. 4.)

Es ist dem Verf. gelungen, bei Hunden und Katzen vom Munde aus die Hypophysis theilweise oder völlig zu zerstören und so auch dieses dunkle Organ endlich in den Bereich experimenteller Forschung zu ziehen. Mit Auslassung aller übrigen interessanten Einzelheiten soll hier nur kurz das Krankheitsbild geschildert werden, welches die Thiere nach völliger Zerstörung der Hypophysis darboten. Die Thiere wurden ganz niedergeschlagen, apathisch, liessen ruhig alles mit sich machen, wogegen sie sich sonst heftig gesträubt haben würden. Allmählich treten fibrilläre wie auch stärkere Muskelzuckungen auf, die Hinterbeine werden steif, der Rücken krümmt sich. Der Gang ist oft schwankend wie bei Trunkenheit; zuweilen treten Anfälle von tonisch-clonischen Zuckungen verschiedener Intensität auf. Oefters beobachtet man leichte Dyspnoe-Anfälle, Störungen der Verdauung (meist Anorexia, die zuweilen mit Gefrässigkeit abwechselt.) Polydipsie und Polyurie (Harn stark alcalisch) sind gewöhnliche Symptome. Die Körpertemperatur ist gewöhnlich deutlich herabgesetzt. Die Thiere magern rasch und fortschreitend ab, selbst zu Zeiten, wo sie viel fressen. Alle Thiere, deren Hypophysis ganz zerstört ist, gehen rasch und sicher zu Grunde, auch wenn (nach Ausweis der Section) keine Nebenverletzungen gemacht worden sind, während bei partieller Zerstörung das Leben lange Zeit erhalten bleiben kann. Letztere Fälle werden die Verf. noch weiter studiren. Die Verf. sind nicht der Ansicht, dass Schilddrüse und Hypophysis einander im Körperhaushalte der Thiere ersetzen können. Durch diese lehrreichen Experimente werden die von Marinesco im Juni 1892 zuerst veröffentlichten wenigen Versuche über die Wirkung der Hypophysisausschaltung in ausgezeichneter Weise ergänzt und fortgesetzt.

Strauscheid.

---

183) Dr. **Theod. Wette:** I. Beitrag zur Symptomatologie und chirurgischen Behandlung des Kropfes, sowie über die Abhängigkeit des Morbus Basedowii vom Kropfe.

(Sep.-Abdr. aus v. Langenbeck's Archiv, Bd. XLIV, H. 3.)

92 Kropfoperationen, die in der chirurgischen Klinik zu Jena innerhalb ziemlich eines Dezenniums ausgeführt wurden, gaben dem Verfasser Veranlassung, die Resultate zusammenzustellen und daraus sich ergebende Betrachtungen über die Abhängigkeit des M. Basedowii von dem Kropf anzuknüpfen. Wir verzichten auf die Wiedergabe der drei ersten Theile chirurgischen Inhalts, in denen hin und wieder gelegentlich der ausführlich mitgetheilten Krankengeschichten Bemerkungen über die Basedow'sche Krankheit eingeflochten werden und wollen nur den 4. Theil berühren.

Verfasser geht von der Voraussetzung aus, dass in einer Anzahl der als M. Bas. aufgeführten Fälle die Struma nicht eine Folgeerscheinung, sondern die Ursache der Krankheit ist, insofern sie einen Druck auf die in der nächsten Nähe verlaufenden Nerven, sympathicus und vagus, auszuüben im Stande ist. Diese Auffassung von der Entstehung der Krankheit, die sogen. mechanische Theorie, ist schon wiederholt aufgetaucht und ver-

schiedentlich abfällig beurtheilt worden. Es kann indessen kein Zweifel bestehen, dass es eine gewisse Anzahl Fälle von gleichzeitigem Vorkommen von Herzklopfen, Struma und Exophthalmus giebt, in denen die Vergrösserung der Schilddrüse das primäre ist. Solche Fälle sind indessen nicht als Basedow'sche Krankheit aufzufassen; diese wird hier nur durch analoge Erscheinungen vorgetäuscht. Nach der heutigen Tages am meisten gültigen Auffassung ist für die Basedow'sche Krankheit das nervöse Moment das ausschlaggebende, eine Alteration des gesammten Nervensystems. Damit soll aber nicht geleugnet werden, dass ein schon bestehender Kropf bei besonders disponirten, d. h. nervös belasteten Personen, die sich leicht aus dem labilen Gleichgewicht des Nervensystems bringen lassen, einen wirklichen Morbus Basedowii zur Folge haben kann. In solchen Fällen ist wohl denkbar, dass eine Beseitigung der Ursache, also eine Kropfoperation, einen Rückgang der Erscheinungen zur Folge haben wird.

Wette giebt eine ausführliche Zusammenstellung aller (33 an der Zahl) ihm bekannt gewordenen chirurgisch behandelten Fälle der Basedow-schen Krankheit und fügt 3 eigene Beobachtungen hinzu. In allen diesen Fällen bis auf 2 wurde ein Rückgang oder Aufhören der Erscheinungen erzielt. Hiergegen möchten wir doch auch einige negative Fälle anführen, die uns aus der Literatur bekannt geworden sind und deren der Verfasser nicht gedenkt. Jaboulay (citirt von Andry 1889), Entfernung der Thyroidea bis auf ein kleines Stück, am anderen Tage alle Symptome noch vorhanden. Tod durch Infection; Bristowe-Jones 1886, dieselbe Operation; Herzsymptome nahmen zu, Tod nach 4 Monaten —; Ganser 2 Fälle, in einem Struma vollständig, in dem anderen theilweise entfernt, Tetanie in beiden Fällen, Symptome nicht wesentlich gebessert; Sprengel 1 Fall, Herzklopfen nach Operation nur vermindert; Kocher 1 Fall, Tod.

Verf. kommt bei der Erklärung des Gesammtbildes der Basedow'schen Krankheit auf die alte Theorie einer Sympathicusreizung zurück. Für die Deutung der nervösen und psychischen Erscheinungen — diese bezeichnet er irrthümlicher Weise als die „atypischen" — reicht ihm diese Hypothese auch nicht aus; er nimmt seine Zuflucht zu der vagen Vergiftungstheorie durch chemische Umsatzproducte der Schilddrüse. — Als ätiologisches Moment für die Irritation des Sympathicus nimmt der Verfasser neben der schon angeführten mechanischen Ursache noch die Möglichkeit einer Reizung der in die Schilddrüse endigenden Fasern dieses Nerven an, also eine Reflexneurose, die er gleichfalls durch Umsetzungsproducte bedingt sein lässt.

Buschan-Stettin.

---

184) **Gabriel Gauthier** (de Charolles): Des goêtres exophthalmiques secondaires ou symptomatiques.

(Lyon médical 1893, Nr. 2—4.)

Wie Ref. auf Grund des vorliegenden litterarischen Materials und eigener Beobachtungen schon an anderer Stelle betont hat, muss man den eigentlichen Morbus Basedowii als primäre centrale, allgemeine Neurose von den Krankheitsbildern unterscheiden, die nicht centralen Ursprung haben und den M. B. vortäuschen. Gauthier ist gleichfalls zu der Ueberzeugung gekommen, dass in der Mehrzahl der Fälle der B-Symptomencomplex von

einer dynamischen Störung des Centralnervensystems herrührt, in anderen Fällen sich auch in Folge einer materiellen Läsion der Centren oder einer Affection ausserhalb der Centren ausbilden kann. Nur der ersten Categorie, dem „goêtre exophthalmique-névrose, d'origine centrale, intrinsèque, sine materia" erkennt er die Bezeichnung M. B. zu; für die zweite schlägt er die Bezeichnung des „goêtre exophthalmique secondaire ou symptomatique d'origine réflexe, extrinsèque périphérique" vor. Es ist einleuchtend, dass diese dichotomische Eintheilung für die Prognose und Therapie einschneidend ist. Um ein Beispiel anzuführen, wird die operative Behandlung nur in denjenigen Fällen von Erfolg sein, wenn ein angeborener oder frühzeitig erworbener Kropf der Neurose analoge Symptome hervorgerufen hat. Denn sublata causa, tollitur effectus.

Gauthier sucht den zweifachen Ursprung des Basedow'schen Symptomencomplexes an den einzelnen Symptomen der Reihe nach zu beweisen. Der Raum verhindert es leider, auf die Einzelheiten, mit denen wir im Grossen und Ganzen übereinstimmen, einzugehen.

Buschan-Stettin.

---

185) **G. Vassale** (Reggio): Sulla differenza anatomo-pathologica fra degenerazione primaria e secundaria dei centri nervosi.

(Riv. speriment. di freniatria, Bd. 17, Heft 4, 1891.)

Bei der secundären Degeneration, wie sie auf Grund zahlreicher Rückenmarksdurchtrennungen genauer studirt worden ist, findet man schon wenige Tage nach Eintritt der Läsion ganz constant einen mehr oder weniger beträchtlichen Zerfall der Markscheide; zu gleicher Zeit leiden auch die Achsencylinder, welche angeschwollen erscheinen, hier ein hyalines, dort ein körniges Aussehen zeigen und allmählich zerfallen. Ganz anders ist das Verhalten der Nervenfasern bei den primären Degenerationen, wie sie der Verf. besonders bei Paralytikern und Pellagrösen studirt hat. Hier zeigen die Nervenfasern, bevor sich irgend eine morphologische Aenderung erkennen lässt, zunächst eine microchemische Störung, indem sie eine weit geringere Affinität für doppelchromsaures Kali zeigen, wie dies bei gesunden Fasern der Fall ist. Später tritt eine langsame Atrophie der Markscheide, kein Zerfall wie oben ein; letztere kann noch in ganz geringerer Ausdehnung vorhanden sein, wenn einzelne Färbemethoden, wie die Weigert'sche, keine Markscheide mehr vermuthen lassen. Zugleich mit der Atrophie der Markscheiden tritt eine Hypertrophie des Bindegewebes ein. Der Achsencylinder scheint bei der primären Degeneration nicht wesentlich zu leiden und auch in den spätesten Stadien noch erhalten zu bleiben. Es erklärt dies wohl die oft ausserordentlich beträchtlichen Besserungen der nervösen Functionen, insbesondere der Motilität, trotz des Bestehenbleibens der organischen Rückenmarksveränderungen. Strauschеid.

---

186) Contributo clinico ed anatomo-patologico alla dottrina della cecità verbale (Afasia ottica).

(Annali di Nevrologia 1891, fasc. V u. VI)

Fall I. 52jähriger Advokat giebt an, seit 3 Monaten viele Anfälle von Schwindel und rechtsseitiger Parese erlitten und die Fähigkeit, Gedrucktes

und Geschriebenes zu lesen, verloren zu haben. Er kann sich auf der Strasse nicht mehr orientiren. Er ist im Gespräch von einem normalen Menschen nicht zu unterscheiden, dagegen erkennt er nur einzelne gedruckte Buchstaben und kann sie nur mit Mühe zu Silben zusammenfügen. Das Lesen von Geschriebenem geht noch schlechter. Er schreibt gut und geläufig, kann aber seine eigene Schrift nicht lesen, vermag auch nicht abzuschreiben. Gegenstände erkennt und benennt er alle richtig. Die tactische und thermische Sensibilität ist etwas herabgesetzt; ferner besteht Hemianopsie bilateral. homonyma dextra mit scharfer Trennungslinie, die fast durch den Fixationspunkt geht. Bilder von Buchstaben und Worten kann er sich nicht willkürlich hervorrufen. Durch Uebung lernte der Kranke wieder etwas besser lesen.

Fall II. Priester leidet an Hemianopsie bilateral. homonyma dextra, ohne es zu wissen. Ursache davon ist ein vor 2 Monaten erlittener Schlaganfall. Leichte rechtsseitige Parese und Herabsetzung der Sensibilität. Erst bei der Untersuchung stellte es sich heraus, dass der Kranke zwar einzelne Buchstaben erkannte, aber keine Silbe bilden konnte. Sprache normal, er versteht Alles und antwortet prompt und richtig. Er kann schreiben, aber seine Schrift nicht lesen.

Fall III. 66jähriger Herr. Zwei Schlaganfälle mit rechtsseitiger Parese, die bald verschwand, er ward aber unfähig zu lesen und zu schreiben, die Intelligenz litt stark. Die Gesichtsfelder, besonders das rechte, sind stark eingeengt. Er spricht sehr wenig und ist sehr verstört. Er hat fast alle Hauptwörter vergessen, kann auch Gegenstände beim Berühren nicht benennen. Vollständige Agraphie nnd Alexie.

Fall IV. 71jähriger Buchdrucker; abusus spirituosorum. Mehrere Schlaganfälle in den letzten 4 Jahren. Nach dem letzten Anfall vor 2 Monaten, der mit starker Bewusstseinsstörung einherging, trat völlige rechtsseitige Hemiplegie und Verlust der Sprache ein, welche Störungen sich besserten, sowie Defecte in der Wahrnehmung, Gedächtnissstörung und gesteigerte Erregbarkeit. Bei der Untersuchung fand sich Störung des Orts-, besonders des Muskelsinns. Das Gesichtsfeld des rechten Auges eingeschränkt, besonders im temporalen Segment. Links Cataract. — Kniephänomen besonders links gesteigert. Matter Gang, leichte Parese des rechten unteren Facialisastes. Leichter Nystagmus des rechten Auges. Ausgesprochene amnesische Aphasie, besonders für Hauptwörter. Er erkennt in der gedruckten Schrift nur einzelne Silben oder Buchstaben und räth die übrigen (Paralexie). Schreibt gut auf Dictat; was er von selbst schreibt, ist kaum zu verstehen (Dysgraphie mit Paragraphie). Er kann nicht abschreiben. Nach einigen Monaten traten Hallucinationen auf der rechten Seite des Gesichtsfeldes, sowie Krampfanfälle, besonders auf den linken Extremitäten auf, die bald zum Tode führten. Die Autopsie ergab Arteriosclerose der basalen Hirngefässe, einen kleinen Erweichungsherd im äusseren Abschnitte des rechten Linsenkerns, einen zweiten in der weissen Substanz vor dem Fusse der ersten rechten Stirnwindung und einen dritten älteren im hintersten Theil des rechten Gyrus corporis callosi, der bis zur weissen Substanz sich ausdehnte und sich nach oben in's untere Drittel des Praecuneus erstreckte.

An der linken Hemisphäre fand sich ein alter Erweichungsherd in der Gegend des gyrus angularis. Der besonders die graue Substanz des hinteren Theils der ersten Schläfenfurche zerstörte, gerade da, wo sie von hinten durch den gyrus angularis geschlossen wird und der die weisse Substanz des gyrus angularis bis zum Hinterhorn des Seitenventrikels einnahm.

Die Deutung und Besprechung der einzelnen Symptome der beschriebenen Fälle muss im Original nachgelesen werden.

Dr. Feist.

---

187) Dr. **G. Bassi**: Emiplegia di senso, persistente. (Dalla clinica medica del prof. Galvagni in Modena.)

(Giornale internazionale delle scienze mediche 1892, fasc. I.)

Zwei Fälle von bestehen gebliebener Herabsetzung der Sensibilität einer Seite in einzelnen Qualitäten nach apoplectischen Anfällen, die ohne Bewusstseinsstörung zu grösstentheils wieder verschwindenden motorischen Lähmungen derselben Seite geführt hatten. Fall I zeigt Sehnervenatrophie, Gesichtsfelddefecte beiderseits; progressive Paralyse ist hier nicht ausgeschlossen. Fall II ist nur cursorisch beschrieben. Sectionsbefunde fehlen Verf. glaubt die Sensibilitätsstörungen durch eine perceptive Hypoaesthesie, deren anatomisches Substrat Erweichungsherde in der corticalen cutaneomusculären Empfindungszone seien, erklären zu sollen.

Dr. Feist.

---

188) **L. A. Pfannenstill**: Ett fall af solitaertuberkel i barkcentrum för nervus facialis.

(Hygiea, 54. Bd., 1892. S. 291.)

Bei einem Knaben, der am 22./I. 91 geboren und am 24./XII. 91 im Allmänna Barnhuset zu Stockholm aufgenommen wurde, fand sich ausser mehreren tuberculösen Ulcerationen der Haut eine Parese der unteren Facialisäste der linken Seite. Die Section zeigte Tuberculosis pulmonum, hepatis et lienis u. s. w. und ausserdem im unteren Theil des hinteren Centralgyrus auf der rechten Seite einen tuberculösen Tumor von Erbsengrösse. Der Tumor nahm nur die entsprechende Partie der Rinde ein, während die unterliegende Marksubstanz vollkommen unbeschädigt war. Auch die angrenzende Partie des gyrus centr. ant. war ganz gesund, möglicherweise Gegenstand eines geringen Druckes von Seiten des Tumor, welcher jedoch, wegen der geringen Grösse desselben, nur sehr unbedeutend gewesen sein kann.

Wie bekannt, wird sonst als Centrum der mittleren und unteren Aeste des Facialis hauptsächlich der untere Theil des vorderen Centralgyrus genannt. Dass auch der hintere Centralgyrus hier einige Bedeutung hat oder haben kann, scheint aus dem vorliegenden Falle hervorzugehen.

Koch (Kopenhagen).

---

189) **Giuseppe Seppilli** (Imola): Contributo alle affezioni dei lobi temporali. Un caso di sordomutismo. — Un caso di lesione del lobo temporale sinistro senza sordità verbale in un individuo mancino.

(Riv. sperim. di freniatria 1892, Heft 3 u. 4.)

Bei der Autopsie einer 43jährigen, von Kindheit an taubstummen Frau fand S. in dem kleinen Gehirn eine beiderseitige symmetrisch gelegene Läsion der Schläfenlappens. Die erste und zweite Temporalwindung waren ganz zerstört und in ein Narbengewebe umgewandelt, die dritte Temporalwindung, der gyrus supramarginalis und ein Theil des gyrus angularis waren sclerosirt und atrophirt. Die Inselwindungen waren links grossentheils zerstört, rechts intact. Das Mark der Schläfenlappen war gleichfalls in Narbengewebe umgewandelt. Die Hörnerven waren verdünnt; sonst schien das Hirn normal. Der Befund erklärt nach den bestehenden Theorien die Krankheit in bester Weise.

Bei einem 67jährigen, linkshändigen Pellagrösen, welcher nie irgendwelche Sprach- oder Geistesstörung gezeigt hatte, fand S. bei der Autopsie im linken Grosshirn in der Gegend der fissura Sylvii eine ausgedehnte, offenbar lange Zeit bestehende Höhle: die Inselwindungen sind fast ganz verschwunden und der Boden der Sylvischen Spalte wird von einem glatten, festen, schmutzig-weissen Gewebe gebildet; die Zerstörung umfasst auch alle Markfasern, welche von der ersten und zweiten Schläfenwindung kommen, welche selbst atrophisch und sclerotisch sind, sowie das Claustrum und die capsula externa. Alle übrigen Windungen, wie die gesammte rechte Hemisphäre, sind normal.

Es zeigt dieser Befund (wie die beiden ähnlichen von Westphal und Bianchi veröffentlichten), dass die heutige Annahme richtig ist, wonach bei Linkshändern eine Zerstörung des linken Temporallappens keine Worttaubheit zur Folge hat. Strauscheid.

---

190) **P. Seifert** (Dresden): Ueber zwei Fälle von Hemiplegia cerebralis bei Diphtherie.

(Neurol. Centralbl. 1893, Nr. 3.)

Der erste Fall betrifft ein 10jähriges Mädchen, bei welchem sich am 10. Krankheitstage complete Gaumenlähmung, zugleich mit den Erscheinungen der Herzschwäche, einstellte. Während die letzteren zunahmen, erfolgte in der Nacht vom 11. zum 12. Tage (Patientin erwachte mit einem Schrei, blickte stier um sich, konnte nicht sprechen) eine complete rechtsseitige Hemiplegie mit atactischer Aphasie. Später antwortete sie (bei klarem Verständniss) auf alle Fragen nur immer: „Anne, Anne“. In der nächsten Woche trat eine Lähmung der Schlundmusculatur mit Unempfindlichkeit des Pharynx hinzu. In der 6. Woche nach höchster Lebensgefahr Besserung aller Erscheinungen. Das Sprachvermögen kehrte langsam zurück, dann die Bewegungsfähigkeit im Bein und im Arm. Nach 6 Monaten waren nur noch geringe Lähmungserscheinungen vorhanden (leichte Parese der rechten Gesichtshälfte, Muskelspannung im Arm, leichte Schwäche in der Streckmusculatur des rechten Unterschenkels).

Im zweiten Falle, welcher ein 9jähriges Mädchen betraf, stellte sich am 7. Krankheitstage, als die Beläge bereits zu schwinden begannen, eine

Gaumenlähmung ein. Nachdem am 19. Tage eine Nierenentzündung hinzugekommen war, traten am 20. Tage starke Kopfschmerzen, Erbrechen, Apathie und Tags darauf unter mehrmaligem Aufschreien eine complete rechtsseitige Lähmung mit Bewusstlosigkeit ein, welche den Tag anhielt; darauf zeigte sich vollständige motorische Aphasie. Verständniss und Sensibilität erhalten, Patellar- und Bauchreflexe rechts erloschen. Mit Besserung der Nierenerkrankung gingen auch allmählig die Lähmungserscheinungen zurück: zuerst fand sich die Sprache, dann die Bewegungen im rechten Bein, später im rechten Arm. Aber die Bewegungsfähigkeit nahm nur sehr langsam zu. Nach 3 Jahren zeigten sich noch geringe Schwäche im rechten Facialisgebiet, paralytischer Gang mit leichtem Nachschleppen des rechten Beines, Steigerung der Patellarreflexe und beträchtliche Muskelspannungen im ganzen rechten Bein.

S. glaubt, dass im ersten Fall myocarditische Veränderungen zur Bildung von Thromben führten, welche eine Hirnembolie veranlassten, und dass im zweiten Fall eine Hirnhämorrhagie angenommen werden muss, welche durch Gefässerkrankung (in Folge der diphterischen Vergiftung) bei Steigerung des Blutdrucks durch die acute Nephritis zu erklären ist.

Hoppe.

---

191) **Julius Schmidt**: Acute primäre hämorrhagische Encephalitis.
(Deutsche med. Wochenschrift 1892, Nr. 31.)

Den Leichtenstern'schen Fällen der im Titel erwähnten Krankheit, über welche wir in diesem Blatte berichtet haben, fügt Schmidt einen eigenen, zusammen mit Dr. Edinger beobachteten Fall hinzu. Es handelt sich um ein 19jähriges Mädchen, welches bis auf eine leichte Rippenfellentzündung in der Jugend und ein paar geschwollenen Halsdrüsen stets gesund gewesen war. Krämpfe waren niemals vorhanden, nur eine fortwährend bestehende leichte Erregbarkeit und zuweilen ein Zittern, welches ihre Schrift undeutlich macht, liessen sich anamnestisch feststellen. Pat. erkrankte plötzlich unter starken Kopfschmerzen, hatte Schmerzen beim Beklopfen des Kopfes, die Function der Gehirnnerven war intact. Urin war frei, Puls und Temperatur waren normal, ebenso die Brust- und Bauchorgane. Dann begannen epileptische Anfälle unter Erhöhung der Temperatur und Pulsfrequenz. Die Krämpfe folgen einander in immer kürzeren Zwischenräumen, es tritt Cheyne-Stokes'sches Athmen ein und schliesslich erfolgt am zweiten Tage der Beobachtung im tiefsten Coma der Tod. Die Section ergab (Prof. Weigert): Hämorrhagische Encephalitis, rothe Erweichung beider Seh- und Streifenhügel, links weitergehend als rechts. Blut in beiden Seitenventrikeln, besonders links. Die genauere anatomische Untersuchung des Gehirns ergab: Der Kopf des nucleus caudatus links ist in eine einzige blutige Trümmermasse verwandelt. Massenhafte, centimeterlange, von Blut erfüllte Spalten befinden sich im Corpus striatum und dem vorderen Abschnitt der Kapsel. In der Höhe des vorderen Thalamusdrittels liegt links eine $1^1/_2$ Centimeter lange, bluterfüllte Spalte, gerade durch den hinteren Kapselschenkel. In der Kapsel, im Putamen, im Nucleus lentiformis sind zahlreiche punktförmige Hämorrhagien. Rechts in den Stammganglien beiderseits mehrere lange bluterfüllte Spalten und Blutpunkte. Die Gegend

zwischen Gitterschicht und innerer Grenze des Putamen, also der ganze Nucleus lentiformis und die Kapsel sind tief blutig imbibirt, aber nicht zerrissen. Eine kleine spaltförmige Blutung liegt noch zwischen Putamen und capsula externa. — Während in den Stammganglien zahlreiche Blutungen und Zerschmetterungen vorhanden sind und viele davon sich in die Kapsel und den Fuss zum Theil fortsetzen, ist das übrige Marklager und namentlich die Rinde, wie es scheint, frei von Blutungen. Die vorstehenden Untersuchungen wurden an groben anatomischen Schnitten des Gehirns gemacht, feinere Untersuchungen erschienen angesichts der enormen Zerstörungen nicht angebracht. Peltesohn.

192) **W. Goldzieher:** Ein Fall von Poliencephalitis superior bei einem 14monatlichen Kinde. Krankenvorstellung. (Sitzungsbericht der Gesellschaft der Aerzte in Budapest vom 30. Januar 1892.)
(Orvosi hetilap 1892, Nr. 6.)

Zunächst referirt der Vortragende über einen 4 Jahre alten Knaben, den er voriges Jahr der Gesellschaft mit der Diagnose Poliencephalitis superior subacuta vorgestellt hat und der, inzwischen gestorben, ein die Diagnose vollkommen bestätigendes Sectionsergebniss lieferte, indem man einen Tuberkelknoten in der grauen Substanz des 3. und 4. Ventrikels fand, dort wo die Ursprungskerne der gelähmten Augenmuskelnerven liegen. Als characteristische Symptome waren eine bilaterale Ophthalmoplegia exterior, Schläfrigkeit und trippelnder Gang vorhanden.

Der gegenwärtig vorgestellte Fall betrifft einen von gesunden Eltern abstammenden 14 Monate alten Knaben, bei welchem die Mutter zu Anfang des Jahres ein Schielen mit dem linken Auge, Unruhe und Schlaflosigkeit bemerkte. Stat. praesens. Am linken Auge complete Ptosis. Der linke Bulbus steht unbeweglich im äusseren Augenwinkel. Pupille nicht dilatirt, zeigt prompte Reaction. Linksseitige Facialisparese. Das rechte Auge schielt nach innen. Die Auswärts-Bewegung des Auges unter Zuckungen und unvollkommen Pupille rechts normal. Der Augenhintergrund beiderseits normal. Vortr. kommt per exclusionem zu der Annahme (Ausschluss peripherer Affectionen, wie rheumatische Lähmungen, Orbitalprocesse etc., dann basaler Affectionen wie Tumoren, gummöse Periostitis etc.), dass es sich im vorliegenden Fall um einen Krankheitsherd handelt, der in der grauen Substanz des 3. und 4. Hirnventrikels an Stelle oder in der Nähe der Ursprungskerne der afficirten Nerven sitzt. Da Rhachitis, kalte Abscesse und Phalangealperiostitis an dem Kinde bestehen, ist es nach Ansicht des Vortr. am wahrscheinlichsten, dass es sich auch in diesem Falle um einen herdartigen tuberculösen Process handelt. Prognose ungünstig. —
Ostermayer (Budapest).

193) **Th. Hwass:** Ein Fall von Trigeminus-Anästhesie.
(Nord. med. Arkiv 1892, Nr. 38.)

31jähriger Mann litt seit 4 Jahren (von Weihnachten 1887) an Anästesie des rechten Trigeminus. Wurde im Febr. 91 untersucht. Die verschiedenen Gefühlsqualitäten zeigten sich ungleich afficirt, am meisten die Empfindung des Schmerzes, am wenigsten der Tastsinn. Die erste war

aufgehoben im ganzen Gebiete des Ramus I mit Ausnahme des Gaumens, im Gebiete des Ramus II waren nur die Fasern an der Grenze, nahe am N. occipitalis major, unbeschädigt und vom Ramus III nur ein Theil des Nervus auriculo-temporalis. Der Tastsinn war keineswegs vollständig gelähmt, ausser an der Bindehaut des Auges. Uvula, Gaumenbogen und Tonsille waren gar nicht angegriffen. Sonst wurde im ganzen Gebiete des Trigeminus die stärkere Berührung (Streichung mit dem Scalpellschafte) im grösseren oder geringeren Grade empfunden. Der Geschmackssinn an den vorderen zwei Dritteln der Zunge war nicht vermindert. Nies- und Blinzelreflexe waren verschwunden.

Der Verf. erklärt dieses Krankheitsbild aus einer Affection der Wurzelfaden des Trigeminus in dem Bulbus oder Pons, wahrscheinlich von syphilitischer Infection herrührend. Die völlige Abwesenheit einer Ophthalmia neuro-paralytica schreibt er mit Meissner dem Umstand zu, dass die trophischen Fasern des Auges unbeschädigt gewesen sind.

Der Abhandlung, welche deutsch geschrieben ist, sind 6 Abbildungen, welche die Affection der verschiedenen Gefühlsqualitäten darstellen, beigegeben.

Koch (Kopenhagen).

---

194) **Herm. H. Hoppe** (Cincinnati): Zur Kentniss der syphilitischen Erkrankungen des Rückenmarks und der Brücke.

(Berl. klin. Wochenschrift 1893, Nr. 10.)

Der eine Fall wurde von Ewald, der andere von Oppenheim klinisch beobachtet.

Im ersten Fall, wo die (behandelte) Infection aus dem Jahre 1884 stammte, trat, nachdem im Jahre 1890 wiederholt Anfälle von Schwindel und Benommenheit vorangegangen waren, am 8. Mai 1890 ziemlich plötzlich eine Lähmung des linken Armes und Beines ein. Nach Besserung des Zustandes, während einer Schmier- und Badekur in Aachen, ein neuer Insult. Unter andauernder Behandlung (Schmierkur bis December) erhebliche Besserung, doch blieb eine leichte linksseitige Parese bestehen. Am 14. März traten plötzlich Schmerzen in den Armen und Händen ein mit einem Gefühl von Taubsein und Schwäche, welche sich bald zu einer vollständigen Lähmung steigerte und auch auf die Beine überging. Bei der Aufnahme in's Augusta-Hospital war nur noch geringe Bewegungsfähigkeit in den Armen vorhanden, in den Beinen bestand vollständige Lähmung; Sensibilität und Reflexe (mit Ausnahme des Plantarreflexes) waren in allen Extremitäten vorhanden, die electrische Erregbarkeit herabgesetzt; Sphincterenlähmung; Decubitus über dem Steissbein. — Die Einleitung einer Jodkaliumtherapie blieb erfolglos; die gelähmten Extremitäten atrophirten; am 17. Juni exitus letalis durch Pleuropneumonie. Die klinische Diagnose: Specifische Myelitis dorsalis wurde durch die Obduction bestätigt. Das Rückenmark zeigte neben einer Meningitis eine acute (zum grossen Theil breiartige) Erweichung, welche sich von der Höhe des 1. Brustwirbels bis zum 11. Brustwirbel erstreckte. Ausser dieser Erweichung, welche ihre Ursache entweder in einer Exsudation von der Pia mater aus oder in einem Gefässverschluss hatte, bestand unabhängig davon eine combinirte Degeneration von verschiedenen Fasersystemen, nämlich der Goll'schen und zum Theil

der Burdach'schen, der Kleinhirnseitenstränge, der Pyramidenbahnen und der Clarke'schen Säulen. Die Degeneration der Pyramidenbahnen liess sich deutlich und in ausgeprägter Weise oberhalb des Erweichungsherdes bis zum obersten Theil des Halsmarkes nachweisen und nach unten bis zum untersten Theil der Lendenanschwellung verfolgen, während die der Goll'schen Stränge und der Clarke'schen Säulen zwar auch unterhalb des Herdes hervortrat, aber im unteren Dorsalmark nicht mehr ganz systematisch war und im Lendenmark ganz aufhörte. — Dass es sich um eine specifische Erkrankung gehandelt hatte, zeigte die von der Pia ausgehende Rundzellen infiltration, welche das Rückenmark zum Theil zerstört hatte und die starke Wucherung und entzündliche Veränderung in den Wandungen der Arterien und Venen (zum Theil bindegewebige Verdickung, zum Theil Rundzellen-infiltration). Die Systemerkrankung war klinisch nicht erkannt worden. Die Syphilis scheint in der Aetiologie derselben keine wesentliche Rolle zu spielen, soweit sich aus der kleinen Zahl bisher bekannt gewordener Fälle von combinirter Systemerkrankung schliessen lässt. (Unter 30 Fällen war 5mal, also in $16^1/_3\%$, Syphilis mit Secundärerscheinungen vorangegangen.).

Im zweiten Falle (von Oppenheim) handelte es sich um eine acute Erweichung des Pons, welche auf eine luetische Erkrankung der Arterien zurückzuführen war. Der betreffende Kranke war seit 10 Jahren, wo er wegen Syphilis (Secundärerscheinungen) behandelt worden war, von Symptomen frei geblieben, bis, nachdem Monate lang starke Schmerzen im Hinterkopf vorangegangen waren, am 7. August 1892 plötzlich Apoplexie mit linksseitiger Lähmung eintrat. Oppenheim fand am nächsten Tage doppelseitige Abducenslähmung, doppelseitige Hypoglossusparese, Lähmung des linken Facialis, völlige Lähmung der linken Körperhälfte mit Contractur und gesteigertem Sehnen-Phänomen, erhebliche Articulationsstörungen, geringe Schlingbeschwerden. Trotz sofortiger Einleitung einer antiluetischen Kur verschlimmerten sich schnell alle Symptome und es trat vollständige Sprach-, Schlund- und Kehlkopflähmung ein, die Lähmung des Facialis und der Extremitäten ging auch auf die rechte Seite über, obgleich sie hier nicht so vollständig war. Unter Erscheinungen der Pneumonie trat bereits am 10. August der Tod ein.

Die Diagnose, welche im Leben gestellt worden war, wurde durch die Section bestätigt. Die Arteria basilaris war in der Mitte ihres Verlaufs auf eine Strecke von $1^1/_2$ cm verdickt und völlig thrombosirt. Durch (3) Erweichungsherde waren auf der rechten Seite der Brücke die Pyramidenbahnen total zerstört, links war die Zerstörung derselben nicht so vollständig; ausserdem waren beiderseits die inneren Schleifenbahnen zerstört (im Leben konnten wegen der Bewusstseinstrübung Sensibilitätsstörungen nicht constatirt werden). Die Lähmung im Bereiche der Hirnnerven erklärte sich aus der Zerstörung der Leitungsbahnen zwischen den corticalen Centren und den in der Med. oblongata gelegenen Kernen. Dieselben waren mit Ausnahme des sensiblen Trigeminuskerns völlig intact.

Hoppe (Allenberg).

195) Dr. **Aug. Rikli**: Beiträge zur pathologischen Anatomie der Lepra. (Aus dem pathol. Institut in Bern.)

(Virch. Archiv, Bd. 129, H. 1.)

Dem Verf. standen Organe von zwei Leprakranken zur Verfügung. Von dem einen waren Hirn, Medulla oblongata und N. ulnaris in Müller'sche Flüssigkeit eingelegt. Hiervon ward nur der letztere untersucht. Der ganze Querschnitt zeigte sich von zahlreichen homogenen Bindegewebsbündeln durchflochten, welchen ovale oder rundliche Kerne anliegen. Die Blutcapillaren haben verdickte, homogene Adventitia. Da bei Weigert'scher Färbung nur selten ein schön schwarzer, der Markscheide entsprechender Ring zu sehen ist, dagegen meistens nur undeutlich schwarz-violette Körner von verschiedenen Dimensionen neben einander liegen, so scheint es dem Verf., dass die markhaltigen Nervenfasern ganz oder wenigstens ihre Markscheiden zu Grunde gegangen seien. Nach Färbung der Bacillen sieht man dieselben in Gruppen ziemlich gleichmässig über den ganzen Schnitt verbreitet. Die meisten dieser Gruppen können in Zellen liegen.

Dr. Feist.

---

196) **G. Vassale** (Reggio): Sull'enterite pellagrosa in rapporto coll'etiologia della pellagra.

(Riv. speriment. du freniatria, Bd. 17, H. 4, 1891.)

Im Jahre 1881 schon beschrieb Maiocchi ein bacterium maydis, welches er constant nicht nur in verdorbenem Mais, sondern auch in dem Blute der Pellagrösen gefunden haben wollte. Spätere Beobachter haben diese Entdeckung theils bestätigt, theils bestritten. V. fand zweimal unter vielen Untersuchungen des Blutes von Pellagrösen einen Bacillus, der ganz dem von Maiocchi beschriebenen bacterium entsprach. Da der Darm bei Pellagrösen nicht nur der Ausgangspunkt der Erkrankung, sondern auch selbst der Sitz schwerer Structurveränderungen ist, so unterzog ihn V. einer genaueren bacteriologischen Untersuchung. Diejenigen Zonen des Dünndarms, welche weisslich erscheinen und immer schwere Schleimhautveränderungen darbieten, wurden gehärtet und in Schnitte zerlegt; die bacterielle Färbung letzterer gelang nur mit einer modificirten Kühne'schen Methode (Carbolmethylenblau) oder mit einer Lösung von Methylenblau in arsensaurem Kali. Auf diese Weise gefärbte Schnitte zeigten eine ungeheure Menge (wie eine Reinkultur) von kleinen, feinen Stäbchen, dreimal so lang als breit, die bis zur Muskelschicht des Darmes vorgedrungen waren. Bei einfachen Darmentzündungen fand V. nie ähnliche Bacillen. Meerschweinchen starben, nachdem kleine Stückchen pellagröser Darmschleimhaut unter ihre Haut gebracht war, nach ca. 4 Tagen unter Lähmungserscheinungen; ebenso angewandte einfach entzündliche Darmschleimhaut brachte keinen Schaden. Die beschriebenen Bacillen sind von den Maiocchi'schen ganz verschieden. Bei der geringen Zahl seiner Beobachtungen (5 Pellagröse) wagt V. noch keine bestimmten Schlüsse über die specifische Wirkung seiner Bacillen auszusprechen.

Strauscheid.

---

197) **G. B. Pellizzi** (Reggio-Emilia): Un caso di pellagra con siringomielia.
(Rivista sperimentale di freniatria 1892, H. 3 u. 4.)

Ein 46jähriger Bettler erkrankte im Jahre 1886 an einer Schwellung und Röthung des Nackens, welche mehrere Monate anhielt und durch Vesicantien vertrieben wurde; näheres war über diese Affection nicht zu erfahren. Kurze Zeit darauf machten sich die ersten Pellagraflecken auf der Haut, sowie eine Paraparese der Beine bemerkbar. Die pellagrösen Flecken verschwanden im Sommer und kehrten im Frühjahr wieder. Da sich im Jahre 1889 zugleich eine pellagröse Psychose einstellte, so kam Pat. in die Irrenanstalt. Pat. war mager, zeigte aber keine circumscripte Atrophie; Kyphoskoliosis dextra. Der Tastsinn schien allenthalben etwas herabgesetzt. Keine deutliche Temperatursinnstörung. Spastische Parese der Beine, electromotorische Erregbarkeit normal ausser an den nicht erregbaren recti cruris. Da die Paraparese eines der frühesten Zeichen der Pellagra ist, so waren es wesentlich nur die Analgesie und die schwere faradische Erregbarkeit an den Beinen, welche an eine ausser der Pellagra bestehende spinale Erkrankung denken lassen konnten. Da der geistige Zustand des Pat. sich rasch besserte, wurde er entlassen. Die Lähmung der Beine verschlimmerte sich weiter, Decubitus an den Trochanteren trat auf; Blase und Mastdarm blieben stets frei. 1892 wurde er wegen neuer geistiger Störung in die Anstalt aufgenommen. Wie früher zeigte sich Analgesie und Lähmung der Beine, Fehlen der electromotorischen Muskelerregbarkeit daselbst, keine Atrophie. Pellagröse Hautaffectionen fehlten diesmal. Die Decubitalgeschwüre besserten sich unter geeigneter Behandlung. Tod im Coma im Sept. 1892. Ausser den Veränderungen der Meningen und des Gehirns selbst fand sich im mittleren Drittel des Halsmarkes eine Gliosis, die die Rückenmarkszeichnung ganz verwischte, und unterhalb wie oberhalb derselben durch das ganze Rückenmark eine Syringomyelie.

Da in dem beschriebenen Falle jede Muskelatrophie, jede trophische Störung (mit Ausnahme des Decubitus und jener frühen, nicht beobachteten Schwellung der Nackenhaut) jede characteristische Sensibilitätsstörung fehlte, so war intra vitam die Diagnose einer Syringomyelie nicht sicher zu stellen. Epikritisch müssen wir auf sie zurückführen die spastische Paraparese und Analgesie der Beine, die Kyphoskoliose und wahrscheinlich die frühere Nackenaffection; alle anderen Erscheinungen fehlten. Es zeigt diese Beobachtung von Neuem, dass die Syringomyelie zuweilen ein ganz unbestimmtes Krankheitsbild liefert, welches leicht zu anderen Deutungen (hier Myelitis transversa) Veranlassung geben kann. Strauscheid.

---

198) **William G. Krauss** (Buffalo): A case of syringomyelia.
(The journal of nervous and mental disease, Nov. 1892.)

Ein 30jähriger Mann, der früher Syphilis und Rheumatismus gehabt hatte, erlitt mehrere Brandwunden, ohne zu wissen, wo er sich verbrannt hatte, da er nichts davon fühlte. Seine Hände wurden sehr schwach, die Arme magerten ab etc. Bei der Untersuchung fand sich das typische Bild der Syringomyelie: Muskelatrophie, Thermoanästhesie und Analgesie, spastischer Zustand der Beine, trophische Störungen etc. Trotz Behandlung machte die Krankheit rasche Fortschritte. Strauscheid.

---

199) **Hermann Gessler** (Stuttgart): Ueber Syringomyelie und Morvan'sche Krankheit. (Vortrag im Stuttg. ärztl. Verein.)

(Medic. Corr.-Bl. des württemb. ärztl. Vereins 1893, I.)

Eine vortreffliche, kurz gefasste Litteraturgeschichte der in der Ueberschrift genannten Krankheiten, aus der deutlich das anfängliche Nebeneinander und das spätere Ineinander derselben zu ersehen ist. Verf. schliesst sich dem bekannten Satze Hoffmann's an: „Die Maladie de Morvan unterscheidet sich ebenso wenig anatomisch von der Syringomyelie wie klinisch" und stellt zum Beweise dessen einen Patienten vor, an dem er die einschlägigen Symptome demonstrirt und bespricht. Der Fall zeigt alle Charactere der Morvan'schen Krankheit, zugleich aber die von Charcot betonte „Dissociation syringomyelique" der sensiblen Störungen. Eine Abbildung des Patienten ist beigegeben. E.

---

200) **Ludwig Mann** (Breslau): Zwei Fälle von Syringomyelie nebst Bemerkungen über das Vorkommen des tabischen Symptomencomplexes bei derselben.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin, Bd. L.)

Verf. veröffentlicht zwei Fälle von S., die sich durch Complication mit tabischen Symptomen auszeichnen.

I. Fall. 57 Jahre alte Frau, ohne hered. Belastung. Syphil-Infection wird zwar geleugnet, doch ist dieselbe höchst wahrscheinlich (characteristische Narben an Nase und Stirn, Chorioiditis.) Die Krankheit begann vor $5^1/_2$ Jahren. Die Symptome werden der besseren Uebersicht wegen in folgenden Gruppen aufgeführt:

1. Ausgebreitete, annähernd symetrische Muskelatrophien in den oberen Extremitäten mit quantitativen und qualitativen Veränderungen der electrischen Erregbarkeit, ohne fibrill. Zuckungen. Spontane schleudernde und stossende Bewegungen, Entwicklung der Atrophie in etwa 3 Jahren.

2. Heftige, die ganze Dauer der Krankheit über bestehende Schmerzen mit dem Character des Brennens. Herabsetzung und Verlangsamung der Schmerz- und Temperatur-Empfindung an mehreren inselförmigen Stellen, an denen aber die Berührungsempfindlichkeit und Localisation vollkommen erhalten ist.

3. Trophisch-secretorische Störungen: Ausgehen der Haare, Anschwellung der Endphalangen, Furunkelbildung, Herpes, Hyperidrosis, Trockenheit im Munde.

4. Symptome der Tabes in den unteren Extremitäten: Erhöhte passive Beweglichkeit, Fehlen der P. S. R., Ataxie, Romberg, Parese des r. Beines ohne Atrophie, Störung der Lagempfindung an den Zehen. — Ungleiche reactionslose Pupillen. — Urin- und Schlingbeschwerden.

Die unter 1—3 aufgezählten Symptome sind für die Syringomyelie typisch. Die tabischen Symptome in der geschilderten Vollständigkeit sind bei S. entschieden selten. Verf. hat in der Litteratur nur 6 solcher Fälle aufgefunden. Einzelne Symptome dieser Art kommen wohl hier und da vor. Verf. neigt zu der Ansicht, dass die tab. Symptome durch ein Uebergreifen des gliomatösen Processes auf die Hinterstränge verursacht sein könnten, während die Annahme doch auch berechtigt erscheint, die

Tabes als Folge der Syphilis und als gänzlich unabhängig von der Gliomatose aufzufassen. Verf. geht darüber etwas zu flüchtig hinweg (Seite 126). Zum Schluss differentialdiagnostische Betrachtungen.

II. Fall. 30 Jahre alte Frau ohne neuropath. Belastung. Ueber Syphilis wird nichts berichtet. Symptome: 1. Degenerative Atrophie der kleinen Handmuskeln links mit motorischen Reizerscheinungen (Zuckungen), 2. Brennende Schmerzen; Herabsetzung der Schmerz- und Temperatur-Empfindung in der l. Hand bei völlig erhaltener Berührungs- und Lageempfindung; 3. Anidrosis, geringe Heilungstendenz von Verletzungen, Kälte der Hand; 4. Pupillendifferenz bei erhaltener Reaction, rechtsseitige Facialisparese.

Wie ersichtlich, sind die tab. Symptome in diesem Falle viel geringer ausgebildet. Die Differentialdiagnose gegen periphere Neuritis scheint dem Ref., namentlich mit Rücksicht auf die sub. 3 angeführten Symptome doch nicht ganz sicher gestellt. E.

---

201) **Aage Kiaer:** Et Tilfaelde af Brown-Séquard's Lamhed.
(Hospitalstidende 1892, S. 1173.)

In die 6. Abtheilung des Communalhospitals zu Kopenhagen wurde am 11. Juni 92 ein Seemann aufgenommen, welcher einige Stunden vorher in einem Rausch einen Messerstich in den Rücken erhalten hatte. Ein Centimeter rechts von der Mittellinie constatirte man eine Wunde von drei Centimeter Länge. Die rechte Unterextremität war gelähmt, der Muskelsinn normal. Rechte Oberextremität geschwächt, die Sensibilität normal. Auf der rechten Seite des Truncus fand sich an der Vorderfläche in der Höhe des 2. Intercostalraumes eine anästhetische Zone, über dieser eine schmale hyperästhetische Zone und nach unten eine ausgebreitete Hyperästhesie. Auf der linken Seite war das Berührungsgefühl intact, dagegen zeigte sich Analgesie und Termanästhesie über die ganze untere Breite des Truncus bis an eine Linie in der Höhe mitten unter der Papille und der Rippencurvatur. Die Bauch- und Cremasterreflexe auf der rechten Seite waren aufgehoben, die Plantar- und Patellarreflexe sehr schwach. Die rechte Pupille war ein wenig kleiner als die linke.

Die motorische Paralyse schwand im Laufe von ein paar Wochen, ebenso die Anästesie, die Hyperästesie dauerte einen Monat. Auf der linken Seite waren die Sensibilitätsverhältnisse noch zwei Monate später bei der Ausschreibung unverändert. Die Sehnenreflexe waren damals verstärkt und die Muskeln der rechten Extremitäten in geringem Grade atrophisch.

Der Verf. findet in dieser Krankheitsgeschichte eine Bestätigung der Gowers'schen Annahme, dass das Schmerzgefühl durch die antero-laterale Partie des Seitenstranges, das Berührungsgefühl durch den Hinterstrang geleitet wird. Koch (Kopenhagen).

---

202) **Hermann Rieder** (München): Die „Steinträger-Lähmung".
(Münch. med. W. 1893, Nr. 7.)

Die in der Ueberschrift genannte Lähmung entsteht durch den Druck der hölzernen Armträger an den sogenannten Ziegelsteinkraxen auf die

Schultergegend der Maurer und zwar handelt es sich dabei um eine mechanische Leitungsunterbrechung mit secundärer (molecularer) Degeneration durch Verletzung resp. Compression des hinteren Astes des Plexus brachialis. Nervus axillaris und radialis, die aus diesem hinteren Aste entstammen, sind am meisten befallen.

Verf. führt drei Fälle auf. In zweien war die Lähmung des Armes nur links und zwar wohl desshalb, weil die Maurer, wenn sie mit den beladenen Kraxen auf der Schulter sich fortbewegen, mit der linken Hand einen Stock zur Unterstützung der Kraxe führen, um diese vor dem Abgleiten zu bewahren, wodurch der Schwerpunkt und damit der grössere Theil der Last auf die linke Schulter verlegt wird.

In einem Falle war die Parese doppelseitig. In allen drei Fällen waren es nur paretische Störungen, vasomotorische Störungen fehlten, in einem Falle waren leichte Atrophieen vorhanden, die Reflexe der betroffenen Extremität waren herabgesetzt, die electrische Erregbarkeit war normal, nur einmal bestand geringe Herabsetzung.

Die Prognose wurde günstig gestellt, die Heilung trat in relativ kurzer Zeit ein durch Ruhe, Arbeitsenthaltung, stabile Galvanisation (An. auf Plexus), Massage, warme Bäder, Ableitungen auf die Haut.

E.

---

203) **L. Bruns** (Hannover): Zur Pathologie der isolirten Lähmung des Musc. serrat. antic. (Vortrag in der Berl. Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.)

(Neurol. Centralbl. 1893, Nr. 2.)

Patient erkrankte Januar 1892 unter heftigen Schmerzen im ganzen rechten Arm und in der Schulter. Anfangs konnte er den ganzen Arm nicht bewegen, dann war ungefähr 6 Wochen lang die Bewegung des Armes in der Schulter unmöglich. Als Patient im Juli 1892 zu B. kam zeigte er die deutlichen Symptome der isolirten Serratuslähmung, nur ein wichtiges Symptom, die Unmöglichkeit den Arm über die Horizontale zu heben, fehlte; der Arm konnte bis zu zwei Drittel der Senkrechten, später auch mit beträchtlicher Kraft bis zur Senkrechten erhoben werden, wobei die in den übrigen Haltungen des Arms sehr deutlichen Anomalieen der Schulterblattstellung sich beinahe völlig ausgleichen.

Der Fall gleicht in diesen Beziehungen einem von Bäumler 1880 und einem anderen von Jolly 1891 mitgetheilten Falle. B. glaubt, dass die Erhebung des Armes bis zur Senkrechten in seinem Falle folgendermaassen zu Stande kommt: Der Deltoideus wirkt zusammen mit dem Supraspinatus (und vielleicht Infraspinatus), um den Arm rechtwinklig zum äusseren Scapularrand zu stellen. Die weitere Erhebung über die Horizontale, welche nur durch die Drehung der Scapula (mit der Spitze nach aussen) zu Stande kommen kann, wird in Stellvertretung des Serratus durch die mittlere Cucullarisportion geleistet; das zur Normalstellung dann noch nöthige Nachaussenrücken der Scapula kann zum Theil durch die hinteren Deltoideusfasern, zum Theil durch die Musc. teretes und infraspinatus besorgt werden.

Während also die Unmöglichkeit, den Arm bis zur Senkrechten zu erheben, kein constantes Symptom der Serratuslähmung ist, scheinen nach

B. in keinem Falle folgende Symptome zu fehlen: Die leicht schräge Stellung des inneren Scapularrandes und der Hochstand der Scapula bei herabhängendem Arme, sowie das noch höhere Hinaufrücken der Scapula bis dicht an die Wirbelsäule, bei horizontaler Erhebung des Armes (wobei die Scapula scheinbar den Cucullaris und die Rhomboidei als Muskelwulst vor sich herschiebt). Hoppe.

---

204) **Reynolds:** Hereditäre oder Huntington's Chorea.
(The med. Chron., April 1892).

Verfasser zählt 12 verschiedene Arten von Chorea auf: 1. Experimentell bei Thieren hervorgerufene Chorea, 2. congenitale, 3. durch Kälte erzeugte, 4. nach rheumatischem Fieber auftretende, 5. hysterische, 6. epidemische, 7. mit Epilepsie combinirte, 8. mit Schwangerschaft combinirte, 9. mit Geistesstörung combinirte, 10. hereditäre, 11. prä- und posthemiplegische, 12. senile Chorea.

Von allen diesen Arten wird hier nur die hereditäre Chorea behandelt, die nach Ansicht des Verf. häufiger vorkommt, wie man gewöhnlich anzunehmen pflegt. Verf. giebt erst einen kurzen historischen Ueberblick über die bisher publicirten Fälle dieses Leidens und zieht aus ihnen folgendes Resumé:

Die Huntington'sche Chorea ist wesentlich hereditär, jedoch ist die Heredität von väterlicher Seite häufiger, als die von mütterlicher. Es kommen Beispiele vor, wo die Krankheit eine Generation überspringt, wenn dies auch nicht gerade häufig der Fall ist. In jeder folgenden Generation tritt das Leiden in einer früheren Altersstufe auf, es kann zwischen dem 8. und 60. Jahre jederzeit auftreten, bevorzugt ist jedoch das Alter zwischen 30 und 50. Die Vertheilung bei dem männlichen und weiblichen Geschlecht ist gleich. Die ersten Fälle der Krankheit sind zwar in Amerika beobachtet worden (von Waters in New-York 1841, dann 1872 von Huntington), indessen tritt sie auch in Europa auf und zwar vorzugsweise bei den niederen Klassen. Die Hauptsymptome sind choreatische Bewegungen, die zuerst in den unteren Extremitäten auftreten, sich über den übrigen Körper verbreiten, während des Schlafs aussetzen und anfangs unter der Herrschaft des Willens stehen. Patellarreflexe erhöht, Sprache langsam und beschwerlich, u. a. durch eigenthümliche schnalzende Zungenbewegungen wie sie auch bei der gewöhnlichen rheumatischen Chorea auftreten. Häufig treten Remissionen und Exacerbationen ein, obgleich die Choreabewegungen nie ganz aufhören. Im weiteren Verlaufe treten häufig, namentlich bei Frauen, psychische Symptome auf, wie Melancholie, Manie oder Demenz. Die Prognose ist in der Regel ungünstig. Der Behandlung ist bisher nichts weiter gelungen, als die Heftigkeit der Bewegungen durch Bettruhe und Arsenik etwas herabzusetzen. Antipyrin ist ohne jede Wirkung.

Ueber die Aetiologie des Leidens ist noch wenig bekannt; einige wenige Sectionen, die gemacht worden sind, ergaben, in practischer Hinsicht, werthlose Resultate. Man muss, wegen der Identität der klinischen Symptome, annehmen, dass bei der Krankheit dieselben Hirnregionen afficirt sind, wie bei anderen Formen von Chorea, die Ursachen mögen dabei wohl

verschieden sein. Von einigen Forschern ist die Chorea nicht mit Unrecht als eine Manie der motorischen Nervencentren characterisirt worden.

Kurella.

205) **Frank Fry** (St. Louis): Cases illustrating the coexistence of chorea and alien spasmodic phenomena, with remarks on the diagnosis.

(The journal of nervous and mental disease, Sept. 1892)

Bei einem 14jährigen Knaben traten während eines zweiten Anfalles von Chorea zugleich athetoseartige Bewegungen der Finger auf, die etwa 2 Wochen lang anhielten, während die Chorea mehrere Wochen länger dauerte. Bei einem 14jährigen Mädchen beobachtete F. neben Chorea Myoclonus multiplex. Die Beine (seltener der ganze Körper) wurden manchmal von heftigen, rhytmischen Zuckungen heimgesucht. Auch hier heilte letztere Affection rasch, während die Chorea etwas längere Zeit anhielt. Bei einem 19jährigen Mädchen bestand neben Chorea beständiger Tremor; dieser Fall wurde von anderer Seite als ein Beispiel von hysterischer Chorea aufgefasst.

Strauscheid.

206) **Adolf Schmidt**: Zwei Fälle von Chorea chronica progressiva.

(Deutsche med. Wochenschr. 1892, Nr. 25.)

Die von Huntington als speciell nur in Long-Island vorkommend beschriebene Erkrankung, welcher Hoffmann später den im Titel genannten Namen beilegte, beginnt meist erst zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr. Beide Geschlechter werden gleich oft befallen, die nicht erkrankten Familienmitglieder sind meist ganz normal und ihre Nachkommen bleiben gesund. Die Krankheit beginnt ganz allmählich, meist zuerst im Gesichte. Die Bewegungsstörungen können verschieden stark sein und sich auf die gesammte Muskulatur erstrecken. Nur die Augenmuskeln scheinen stets frei zu bleiben, während Zunge und Kehlkopf häufig mitergriffen sind. Aeussere Einflüsse, namentlich psychische Eindrücke, verschlimmern die Zuckungen, intendirte Bewegungen unterdrücken sie für kurze Zeit. Im Schlafe hören sie nicht immer ganz auf. Die übrigen Functionen des Nervensystems sind normal, dagegen sind psychische Störungen, insbesondere Blödsinn und melancholische Zustände sehr häufig. Die Krankheit hat einen ausgesprochen progredienten Character und ist unheilbar.

Den seit Huntington's Schilderung dieser Krankheit veröffentlichten Krankeitsgeschichten fügt Verf. 2 neue hinzu und zwar handelt es sich um zwei Schwestern von 16 und 12 Jahren, bei denen jedoch erstens eine directe Vererbung nicht nachweisbar ist und bei welchen die ersten Symptome der Krankheit schon im 7. Lebensjahr auftraten. Im Uebrigen passen die Patientinnen ganz in das zu Beginn beschriebene Krankheitsbild.

Zum Schluss erörtert Verf. die Frage, ob die genannte Erkrankung sich scharf von der Sydenham'schen Chorea immer unterscheiden lassen könne und verneint sie im Ganzen. Von anderen dagegen durch unwillkürliche Bewegungen characterisirte Krankheiten, insbesondere von Paramyoclonus multiplex Friedreich's, der Gilles de la Tourette'schen Krankheit und den anderen von Lannois unter dem Namen Tic convulsifs, von Ziehen als Myoctonie zusammengefassten Krankheiten unter-

scheidet sich die Chorea unter anderem schon durch den Mangel an blitzartigen Zuckungen. Peltesohn.

207) Professor **Thomas**: Ein Fall von Chorea-Nephritis.
(Deutsche medicinische Wochenschrift 1892.)

Verf. bespricht das seltene Vorkommen von Nephritis und Chorea bei einem $14^1/_2$jährigen Knaben, der zwar früher an Scarlatina erkrankt war, aber nicht hydropisch geworden war. Das Schreiben war ihm wegen der schleudernden Bewegungen nicht möglich, er zappelte beim Befehl, ruhig zu stehen, mit den Beinen, schnitt Gesichter und hatte erhöhte Patellarreflexe. Daneben hatte er Anasarka, die Herzdämpfung ist normal, dagegen ergiebt sich bei stärkerer Herzthätigkeit an Stelle des ersten Herztones ein Sausen. Der Harn enthält viel Eiweiss, hyaline Cylinder und Cylinderdetritus. Die Choreasymptome vermindern sich mit der Besserung des Allgemeinbefindens und schwinden mit der Heilung der Nephritis vollkommen. Das Herz des Knaben bot zuletzt keinerlei Krankheitserscheinungen dar.
Peltesohn.

208) **Jos. Breuer** und **Sig. Freud** (Wien): Ueber den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene. (Vorläufige Mittheilung.)
(Neurol. Centralbl. 1893, Nr. 1 u. 2,)

Langjährige Untersuchungen und Beobachtungen haben den Verff. gezeigt, dass das accidentelle Moment bei dem Beginn der Hysterie (meist gelingt es nur in der Hypnose, die Erinnerungen jener Zeiten, wo die hysterischen Symptome zum ersten Mal auftraten, wachzurufen) weit über das bekannte und anerkannte Maass hinaus, für die Pathologie der Hysterie bestimmend ist. Dies ist nicht nur bei der „traumatischen“ Hysterie der Fall, wo die Kranken in jedem Anfall den Vorgang des veranlassenden Trauma zu halluciniren scheinen, sondern auch bei den durch ein psychisches Moment („psychisches Trauma“) hervorgerufenen Formen, wie denn auch bei der ersteren Form das psychische Moment (des Schrecks) die eigentliche Krankheitsursache ist. Nicht selten fanden sich bei der Hysterie mehrere Partialtraumen, gruppirte Anlässe, die erst in ihrer Summirung traumatische Wirkung äussern konnten, in anderen Fällen an sich scheinbar gleichgültige Umstände, die in ihrem Zusammentreffen mit dem eigentlich wirksamen Ereigniss oder mit einem Zeitpunkt besonderer Reizbarkeit die Dignität von Traumen gewonnen haben.

Das psychische Trauma, resp. die Erinnerung daran, wirkt nach Art eines Fremdkörpers, welcher noch lange nach seinem Eindringen von Zeit zu Zeit Reizerscheinungen hervorruft. Allerdings fehlen die Erlebnisse, welche zu Veranlassungen hysterischer Phänomene geworden sind, dem Gedächtnisse der Kranken in ihrem gewöhnlichen psychischen Zustande völlig oder sind nur höchst summarisch darin vorhanden, aber sie sind nur latent, in der Hypnose stellen sich diese Erinnerungen mit unverminderter Lebhaftigkeit früherer Geschehnisse ein und in derselben Weise sind sie auch bei den hysterischen Anfällen wirksam, „die Hysterischen leiden grösstentheils an Reminiscenzen“. — Die Beobachtungen haben den Verff. gezeigt, dass diese latenten Erinnerungen solchen Traumen (afficirenden Ereignissen) entsprechen, auf welche seinerzeit keine genügende Reaction

erfolgte, welche nicht gehörig „abreagirt“ worden sind; sei es, dass die entlastende Reaction durch äussere Umstände gehemmt oder unterdrückt wurde, oder dass abnorme psychische Zustände zur Zeit des Trauma eine Reaction auf das Geschehniss unmöglich machten. Die pathogen gewordenen Vorstellungen erhalten sich eben darum so frisch und affectkräftig, weil ihnen die normale Usur durch „Abreagiren“ versagt ist. Darin liegt auch die Erklärung für die therapeuthisch wichtige Beobachtung, dass die einzelnen hysterischen Symptome sogleich und ohne Wiederkehr verschwanden, wenn es gelungen war, die Erinnerung an den veranlassenden Vorgang zu voller Helligkeit zu erwecken, damit auch den begleitenden Affect wachzurufen und wenn dann Patient den Vorgang in möglichst ausführlicher Weise schilderte und dem Affect Worte gab. Dabei traten fast immer die Reizerscheinungen (Krämpfe, Neuralgieen, Hallucinationen) noch einmal in voller Intensität auf, um dann für immer zu schwinden. Affectloses Erinnern ist wirkungslos.

Bezüglich anderer weniger wichtiger Beobachtungen und Bemerkungen über das Doppelbewusstsein und die Auslösung der einzelnen Anfälle muss auf das Original verwiesen werden. Hoppe.

---

209) **Chvostek**: Beiträge zur Theorie der Hallucinationen.
(Jahrb. f. Psych., XI, H. 3.)

Verf. hat die bekannten Untersuchungen über die electrische Prüfung des N. acusticus bei Gehörshallucinanten von Jolly, Buccola u. A. fortgesetzt. Aeussere Versuchsordnung. Durch den electrischen Strom (resp. Vorhalten von tönenden Stimmgabeln) konnten nur dann nicht einfache Klangsensationen, sondern complicirte Gehörshallucinationen hervorgerufen werden, wenn die Kranken spontan hallucinirten oder erst kurze Zeit nach diesem Stadium der spontanen Hallucinationen vergangen war. Verfasser schliesst, dass nicht die Wirkung des electrischen Stromes als solche es ist, welche die abnormen Erregungsverhältnisse im Centralorgan setzt, sondern dass diese vorhanden sein müssen, damit die durch den Strom hervorgerufenen Sensationen zum Aufbau von Sinnestäuschungen verwendet werden können. Der Ansicht Jolly's, dass hier die Hallucinationen durch reflectorische Uebertragung des auf die sensiblen Trigeminusenden ausgeübten Reizes auf die Centralorgane des Acusticus im Gehirn zu Stande kommen, tritt Ch. nicht bei. Da die Sinnestäuschungen mit einer gewissen Gesetzmässigkeit, entsprechend den Reactionsformeln des Gehörnerven, auftreten, und weil es nicht gelingt, durch andere sensible Reize (Einstechen einer Nadel vor dem Tragus) sie hervorzurufen, sei es wahrscheinlich, dass durch directe Erregung des N. acusticus einfache Klangsensationen entstehen, die auf dem Wege der Illusion gedeutet werden. Die weitere Begründung dieser Auffassung, bei welcher Ch. Meynert's Theorie der Hallucinationen folgt und die ausführlichen Versuchsberichte mögen im Original nachgelesen werden. Mercklin.

---

210) **Cesare Agostini** (Perugia): Sulla isotonia del sangue negli alienati.
(Riv. sperim. di freniatria 1892, H. 3 u. 4.)

Treffliche Arbeit über die Isotonie des Blutes bei Irren, d. i. das Maass der Widerstandsfähigkeit der rothen Blutkörperchen gegen die farb-

stoffauflösende Kraft des Wassers. Bei einer grossen Anzahl von Irren ist ein grösserer Kochsalzzusatz zum Wasser nöthig als bei Gesunden, um nicht das Hb auszulangen, am stärksten bei Pellagrösen, dann bei Depressionszuständen etc. Ausserdem studirte A. den Hbgehalt, das specifische Gewicht, die Blutkörperchenzahl des Blutes bei Irren und vergleicht die einzelnen Resultate.

Strauscheid.

---

211) **Bondurant** (Alabama): The frequency of renal disease among the insane.

(The journal of nervous and mental disease, Nov. 1892.)

Eine Umfrage bei 39 amerikanischen Irrenanstalten ergab, dass nur in einer derselben bei der Aufnahme der Kranken regelmässig der Urin untersucht wurde; dabei wurden ca. in der Hälfte der Fälle Albumen und Cylinder gefunden; ähnliche Resultate erhielt B. bei der Untersuchung von 1034 Irren; bei etwa 60% derselben konnte er im Harn Eiweiss und Cylinder nachweisen, ausserdem noch in einer nicht geringen Anzahl von Fällen entweder Eiweiss oder Cylinder. Bei 25 Antopsien nach den verschiedensten Psychosen fanden sich in $^3/_4$ der Fälle gröbere anatomische Veränderungen der Nieren. In welchem Abhängigkeitsverhältniss diese chronische Nierenkrankheit zu den Psychosen steht, ob beide das Resultat einer Intoxication sind, ob zuweilen die letzteren die Folge der ersteren sind etc., das lässt sich zur Zeit nicht entscheiden.

Strauscheid.

---

212) **Krypiakiewicz**: Ueber die Wirkung der atmosphärischen Luftdruckerniedrigung auf die Geisteskranken.

(Jahrb. f. Psych., XI, H. 3.)

K. will sich überzeugt haben, dass weder der besonders hohe, noch der niedere Grad des Luftdrucks, sondern seine Schwankung zum Minus in den Anstalten jene „bösen Tage“ hervorruft, welche sich durch eine gesteigerte Schlaflosigkeit und Unruhe der Kranken auszeichnen, aber auch ernstere Zufälle, wie z. B. „gehäufte paralytische Anfälle, plötzliche unmotivirte Verschlimmerungen im Zustande der Schwerkranken, die Entstehung des todbringenden Decubitus, spastische und paralytische Zustände der Blase, ja wahrscheinlich auch echte apoplectische Anfälle mit dauernder Lähmung“ sollen in auffallender Abhängigkeit von dieser Luftdruckschwankung stehen. Viele Kranke reagiren schon, ehe die Erniedrigung des Luftdrucks sich durch Instrumente constatiren lässt, andere erst nachträglich. Die unbefangene Controlle der Angaben K.'s wird zu prüfen haben, ob nicht die erwähnte Häufung unangenehmer Zufälle auch bei gleichbleibendem Barometerstande vorkommt.

Mercklin.

---

213) **Theo. H. Kellogg** (Long Island): The toxic origin of insanity.

(The journal of nervous and mental disease, Oct. 1892)

Verf. giebt eine kurze Aufzählung der verschiedenen Gifte und Giftarten, welche die Veranlassung für eine psychische Erkrankung werden können. Er theilt dieselben ein in:

1. mineralische (Blei, Quecksilber, Arsen, Chloral, Brom, Jod, Paraldehyd;
2. pflanzliche (Opium, Belladonna, ind. Hanf, Tabak, Mutterkorn etc.);
3. Alcohol und giftige Gase (Aether, Chloroform, Kohlenoxyd, schweflige Säure);
4. Infectionsfieber, constitutionelle und ähnliche Krankheiten (Typhus, Blattern, Scharlach, Malaria, Rheumatismus, Gicht, Wochenbett, Grippe, Krebs, Tuberculose, Syphilis);
5. Autointoxicationen.

Sowohl dies Eintheilung der Gifte, wie die Aufzählung der hierdurch hervorgerufenen Geistesstörungen [welche meist als Manie (recte hallucinatorische Verwirrtheit) bezeichnet werden], ist eine oberflächliche und keineswegs befriedigende. Und doch ist die Aufgabe, die sich Verf. gestellt hat, eine recht wichtige, allerdings auch bei der heutigen chemischen Richtung der gesammten inneren Medicin naheliegende. Sehen wir ausser der ja ziemlich allgemein als toxisch bedingt angesehenen Verwirrtheit auch die Paralyse (Blei, Alcohol, Syphilis), die Manie und Melancholie etc. zuweilen durch ganz bestimmte, theilweise von aussen dem Körper zugeführte, theilweise im Körper selbst entstandene Gifte herbeigeführt werden, so wirft sich ganz von selbst die Frage auf, ob nicht diese Erkrankungen stets durch ähnliche Vorgänge (und nicht, wie früher angenommen wurde, durch Circulationsstörungen) bedingt werden — eine Frage, die noch lange Gegenstand der wissenschaftlichen Erörterung bleiben dürfte.

Strauscheid.

234) **C. Mayer**: 16 Fälle von Halbtraumzustand.
(Jahrb. f. Psych., XI, H. 3.)

Als Halbtraumzustand bezeichnet M. im Anschluss an die Terminologie Meynert's eine transitorische Amentia, in welcher „der Kranke zwar in voller Bewusstlosigkeit der äusseren Umstände sich bewegt, aber innerhalb einer rein wahnhaften Lage ein geordnetes Benehmen zeigt". Es werden ferner auch Zustände völliger Verwirrtheit, jedoch ohne besondere Erregung, eher durch eine gewisse Hemmung characterisirt, hierher gerechnet — v. Krafft-Ebing's „stuporartige Dämmerzustände". Immer aber ist die kurze Dauer (Stunden bis Tage), das plötzliche Einsetzen und plötzliche gänzliche Weichen der Symptome, sowie die Amnesie für die Zeit der Erkrankung kennzeichnend für das Krankheitsbild. Von den 16 Beobachtungen (die auf alcoholischer und epileptischer Basis entstandenen Fälle sind ausgeschieden) betrafen 15 Männer und meist jugendliche. Hievon waren 11 neuropathisch veranlagt, resp. mit erworbener Neurasthenie behaftet, 4 gesund, doch vor Ausbruch der Psychose erschöpfenden Schädlichkeiten ausgesetzt. In mehreren Fällen war der Zustand im Sinne eines Grössenwahns gefärbt, jedoch ohne heitere Verstimmung, es zeigten sich „Delirien mit dem Wahn der Standeserhöhung", wie sie für das transitorische Irresein der Neurastheniker zuerst v. Krafft-Ebing beschrieben hat. In anderen Fällen traten episodisch Angstgefühle auf, welche zu entsprechenden Abwehrhandlungen resp. Selbstmordversuchen führten. Ausführlicher werden fünf Krankengeschichten mitgetheilt.

Mercklin.

215) **R. Baroncini** (Irnola): Un caso di amnesia retroattiva.
(Rivista sperim. di freniatria 1892. H. 3 u. 4.)

Ein 22jähriger Soldat bekam an dem Tage, wo er nach Abheilung eines Trippers das Hospital verliess, Abends Kopfschmerzen, setzte sich still hin und war wie geistesabwesend. Als seine Kameraden ihn aufweckten, fuhr er plötzlich wild auf, schlug um sich, schrie: „Mörder, Mörder! hinaus!“ etc. Hieran schloss sich ein 3 Tage lang währender, heftiger Tobsuchtsanfall, worauf Patient wieder ruhig wurde, vergnügt, still in sich lächelnd umherging, die gewöhnlichen Verrichtungen im Hospital gut besorgte, aber Niemanden erkannte; er handelte nur automatisch. Endlich am 22. Tage nach Eintritt dieser psychischen Erkrankung erwachte er wieder, zeigte nun aber eine Amnesie für die Zeit der letzten 5 Monate. Er wusste nicht mehr, wie er Frau und Kind verlassen hatte, wie er zwei Monate lang seinen Dienst gethan hatte, kannte weder Ort noch Kameraden etc.; kurz alles, was sich während der letzten 5 Monate ereignet hatte, war in seinem Gedächtnisse völlig ausgelöscht und kehrte auch nach vielen Monaten nicht mehr wieder; sonst war er wieder völlig wohl und munter. Bei näherer Nachforschung fand sich, dass Pat. aus schwer belasteter Familie war, früher oft an Schwindelanfällen gelitten hatte und kurz vor seiner Einziehung den ersten epileptischen Anfall gehabt hatte. Der oben erwähnte Anfall von Manie mit anschliessendem Automatismus ist als psychisches Aequivalent eines epileptischen Anfalles aufzufassen. (Kurze Erwähnung findet hier ein Fall von cerebralem Automatismus, wo ein Polizist nach einem sexuellen Excess 3 Tage lang in einem Dämmerzustande sich befand und beim Erwachen alle Vorkommnisse während dieser Zeit vollkommen vergessen hatte).

Verf. zählt dann aus der Litteratur eine grössere Anzahl von Fällen von retrograder Amnesie auf, wie sie bei Epileptikern, Hysterikern, nach Hirntraumen, heftiger Gemüthserregung, Schreck etc. beobachtet worden sind; allen diesen Fällen ist als letzte Ursache der Amnesie gemeinsam der shok, die Erschütterung des Gehirns, welches von einer schweren nervösen Entladung erschöpft bleibt. Strauscheid.

---

216) **Hoevel**: Ueber posttyphöse Dementia acuta, combinirt mit Polyneuritis.
(Jahrb. f. Psych. XI, H. 3.)

Bezügliche Beobachtung an einem 30jährigen Manne. Das psychische Bild entsprach vollständig den von Korsakow u. A. bei Neuritis gemachten Beobachtungen. Amnesie, Unfähigkeit, frische Eindrücke festzuhalten, Erinnerungstäuschungen, Desorientirung, episodische Reizbarkeit, einmal nächtliche Hallucinationen — allmählig fortschreitende Besserung mit Wiederkehr des Gedächtnisses in gesetzmässiger Weise. In Bezug auf die peripheren Nerven wurde constatirt: Nn. crurales und peronei leicht druckempfindlich, an den Streckseiten der Extremitäten eine in distaler Richtung zunehmende Analgesie bei überall erhaltener tactiler Sensibilität, herabgesetzte Pa-Reflexe, Romberg's Zeichen, leicht atactischer Gang, grobe Muskelkraft wenig vermindert. Später Tremor der Zunge und Salivation.

Die genaue electrische Untersuchung ergab eine leichte Form der partiellen EaR der an den Endabschnitten der Extremitäten gelegenen Muskeln.

Mercklin.

---

217) **Irving C. Rosse** (Washington): Sexual hypochondriasis and perversion of the genesic instinct.

(The journal of nervous and mental disease, Nov. 1892.)

Verf. beschäftigt sich weniger mit der Neurasthenie, Hypochondrie, Melancholie etc., wie sie so häufig nach sexuellen Excessen auftreten, als vielmehr mit einer Aufzählung der verschiedenen sexuellen Perversitäten, die er in Washington und zum Theil in anderen Städten Amerikas zu beobachten Gelegenheit hatte. Es geht daraus hervor, dass die neue Welt in diesen Dingen nicht hinter der alten zurückgeblieben ist und dass alle geschlechtlichen Abnormitäten, welche wir aus der Bibel, aus den römischen Dichtern und endlich aus den wissenschaftlichen Werken von Tarnowski, Krafft-Ebing etc. kennen, auch in den Vereinigten Staaten in hoher Blüthe stehen.

Strauscheid.

---

218) **Hanns Kaan**: Der neurasthenische Angstaffect bei Zwangsvorstellungen und der primordiale Grübelzwang.

(Jahrb. f. Psych, XI, H. 3.)

Als Wurzel der meisten auf dem Boden der hereditären Degeneration wie der erworbenen Neurasthenie erwachsenden Zwangsvorstellungen sieht Verf. das Angstgefühl an. Stets wiederkehrende Störungen im Gebiet des Gefässnervensystems, sowie Parästhesien bedingen die Aengstlichkeit des Neurasthenischen; drei psychische Potenzen, auf welche das Selbstvertrauen des Individuums begründet ist: Leistungsfähigkeit, Widerstandskraft und Reproductionssicherheit befinden sich hier im Zustande der Schwächung. Nach einer Besprechung der einzelnen Formen der „Phobien“ und Zwangsvorstellungen geht Verf. zu den Theorien über deren Zustandekommen über, wobei er sich Meynert's Hypothese von der wegfallenden Hemmungsthätigkeit des geschwächten Associationsorgans (anämische Rinde) und Reizung der subcorticalen Centren (durch compensatorische Hyperämie) anschliesst. Für den Nachweis des Zusammenhanges zwischen den primären körperlichen Sensationen und den hierbei auftretenden psychischen Störungen für die einzelnen Formen der Zwangsvorstellungen ist der zweite Theil der Arbeit bestimmt.

Mercklin.

---

219) **Kornfeld** und **Bikeles**: Untersuchungen über das Verhalten der Hautsensibilität, sowie des Geruchs- und Geschmackssinnes bei Paralytikern.

(Jahrb. f. Psych., XI, H. 3.)

Anästhesie (die in manchen Fällen sicher vorkommt) fanden Verff. bei der Untersuchung von nahezu 80 Fällen keinmal, selten Analgesie, meist dagegen Hypalgesie. Regelmässiger wurden bei Untersuchungen mit dem Tastercirkel, bei Versuchen über den Ort- und Drucksinn abnorme Ergebnisse festgestellt. Ebenso bei der Untersuchung des Geruchssinnes. Hier war Unfähigkeit, den Geruch einer Substanz zu qualificiren, vorherrschend.

Bei vier Patienten zeigten sich eigenthümliche Nachempfindungen von Gerüchen. Die Prüfung des Geschmackssinnes ergab öfters Herabsetzung der Geschmacksempfindung, wie Verwechselung der Geschmacksqualitäten in anderen Fällen. Mercklin.

---

220) **T. L. Wright** (Ohio): The equitable responsibility of inebriety.
(The journal of nervous and mental disease, Dec. 1892.)

W. zeigt, wie schlecht begründet die heutige Rechtsprechung ist, welche von der Annahme ausgeht, dass die Trunkenheit eine durch freiwillige Vergiftung hervorgerufene Geistesstörung sei und als solche keinerlei Rechtfertigung für ein begangenes Verbrechen abgeben könne. Verf. setzt auseinander, wie wenig in den meisten Fällen, die hierhin gehören, von einem freiwilligen Betrinken die Rede sein könne etc. Alle derartigen, wenn auch noch so richtigen Ausführungen dürften zur Zeit das Schicksal des Samenkorns theilen, das auf steinigen Boden fiel. Betonen doch immer wieder in allen Ländern manche Juristen, dass, wenn auch alle bei einem Criminalfalle hinzugezogenen Sachverständigen einstimmig den Angeklagten für geisteskrank erklären, die Rechtssprechung doch keineswegs daran gebunden sei — die Proclamation des Rechtes auf Justizmord!

Strauscheid.

---

221) **Arbo**: Bidrag til Kundskab om Faeröernes Beboeres Anthropologi og specielt kraniologiske Forhold. (Beiträge zur Kenntniss der Anthropologie, speciell der Kraniologie der Bewohner der Faeröer.)
(Ugeskrift for Laeger, Bd. 26. 1892, S. 362.)

Die Faeröer sind eine kleine Inselgruppe im Atlantischen Meer zwischen Norwegen, Schottland und Island belegen, bestehen aus 17 von Menschen bewohnten Inseln mit ca. 11,000 Einwohnern. Der Vortrag ist auf Untersuchungen, von dänischen Aerzten vorgenommen, basirt; im Ganzen waren 100 Männer und 100 Frauen untersucht worden. Es zeigte sich eine deutliche Verschiedenheit der Typen der nördlichen und der südlichen Inseln, indem die Bewohner der ersteren ausgesprochen dolichocephal, die der letzteren brachycephal sind. Gleichzeitig bestehen Verschiedenheiten der Körperhöhe und der seelischen Eigenthümlichkeiten, indem die Bewohner der südlichen Inseln kleiner, lebhafter und heftiger als die der nördlichen sind. Dieses hängt wahrscheinlich mit Abstammung von ganz verschiedenen Nationalitäten (Skandinaven) zusammen indem die ursprünglichen Bewohner der nördlichen Inseln Nordländer von Norwegen stammend, die der südlichen dagegen aus gallischer Race, von Schottland oder Irland kommend, gewesen sind.

Koch (Kopenhagen).

---

222) **Stearn**: Christine, Königin von Schweden.
(Kowalewsky's Arch. neur. psych. XVIII, 2, p. 81)

Der Aufsatz enthält einen kurzen, aber interessanten Lebensabriss der schwedischen Königin, wobei Verf. hauptsächlich bei der eigenthümlichen Characterveränderung verweilt, die in ihrem 21. Lebensjahr auftrat und aus einer ernsten, pflichtbewussten, thatkräftigen Königin ein capriciöses, genusssüchtiges, arbeitsscheues Weib machte. Diesen Wechsel, der gewöhn-

lich als ein Symptom von Geistesstörung betrachtet wird, hält der Verf. indessen für normal, wenn auch, in dieser Ausdehnung ungewöhnlich, — für eine jener Veränderungen der gesammten Persönlichkeit, wie sie, nach seiner Ansicht, zwischen dem 17. und 25. Lebensjahr häufig sind, und für die man im vorliegenden Fall in erblichen Momenten, sowie in einer excentrischen, inconsequenten Erziehung die Ursachen finden kann.

Kurella.

III. Original- Vereins-Berichte.

24. Versammlung des Vereins südwestdeutscher Irrenärzte in Karlsruhe.

5. und 6. November 1892.

In der ersten Sitzung der unter reger Betheiligung (30 Mitglieder, 7 Gäste) stattfindenden Versammlung wurde zunächst das eine der im Vorjahre festgesetzten Themata durch Referat, Correferat und Discussion erledigt. Dasselbe lautete: „Ueber die Bedeutung und Anwendung der Hydrotherapie bei psychischen Aufregungszuständen".

Nach einem historischen Ueberblick von Feldbausch gelangen **Fürstner's** Thesen in folgender Fassung zur Annahme:

1. Für die Behandlung zahlreicher Geisteskranker besitzen ärztlich überwachte hydrotherapeutische Proceduren unbestrittenen Werth.

2. Dieselben sollten nicht in Anwendung gezogen werden, wenn nicht eine sorgfältige körperliche Untersuchung des Kranken stattgefunden hat.

3. Eigenthümlichkeiten bezüglich der individuellen Reaction sind auch bei dieser therapeutischen Anordnung oft zu beobachten und zu berücksichtigen.

4. Während das warme Wasser wohl ausschliesslich in der Form des Vollbades verwendet wird, kann das kalte Wasser zu Abreibungen, Einwickelungen, Uebergiessungen oder Douchen, endlich zu partiellen oder Vollbädern benutzt werden.

5. Am meisten empfiehlt sich zu therapeutischen Zwecken das warme Vollbad von 26—28—30 Grad bei 10—20 Minuten bis eine Stunde dauerndem Aufenthalte des Kranken in demselben. Noch höher temperirte und prolongirte Bäder werden nur ganz ausnahmsweise zu gebrauchen sein; die Resultate derselben entsprechen schon nicht den Schwierigkeiten der Herstellung, namentlich in privaten Verhältnissen.

6. Die Wirkung des warmen Vollbades ist eine dreifache, es beruhigt, es fördert den Schlaf, es steigert den Stoffwechsel. Ausserdem erleichtert es die Pflege der Haut, die namentlich bei Unreinlichen, bei Unruhigen und bei Kranken, die von organischen Leiden betroffen sind, sorgfältigst gehandhabt werden sollte. —

7. Indicirt ist das warme Vollbad bei allen acuten, functionellen Psychosen, von denen wiederum die depressiven Formen, zumal wenn die Träger derselben körperlich heruntergekommen sind, besonders günstig beein-

flusst werden. Auch bei Psychosen, die auf organischer Basis beruhen, vor Allem bei der progressiven Paralyse, leistet es sehr gute Dienste; etwaigen Congestivzuständen kann durch gleichzeitige Application von Kälte auf den Kopf vorgebeugt werden.

8. Bei sich andauernd und besonders lebhaft sträubenden Patienten wird auf das Bad zu verzichten sein, ebenso bei gewissen, im Voraus nicht erkennbaren Ausnahmefällen, wo das Bad eher eine Steigerung der Symptome, so der Angst oder Erregung, zur Folge hat. —

9. Kaltwasserproceduren wirken meist ungünstig bei den depressiven Formen der Seelenstörung, vor allem während des acuten Stadiums derselben und ganz besonders bei schlecht genährten Patienten.

Die ohne jedwede Berücksichtigung des körperlichen Befindens heute vielfach geübte, rein schablonenmässige Behandlung mit kaltem Wasser (sogenannte Kneippcuren) gestaltet bei vielen Geisteskranken den Verlauf der Psychose ungünstig oder wenigstens sehr protrahirt. Die Consequenzen dieses Verfahrens sind um so ernster, weil es einmal mit Vorliebe in dem für die Behandlung so wichtigen Initialstadium geübt, weil andererseits ein weiterer therapeutischer Missgriff damit verbunden zu werden pflegt: die Reduction der Nahrungszufuhr.

10. Ganz besondere Vorsicht erheischt die Behandlung der Paralytiker mit kaltem Wasser. Uebergiessungen und Douchen, zumal bei Betheiligung des Kopfes, wirken meist ungünstig; sie steigern besonders etwaige Erregungszustände und sie scheinen das Auftreten von Anfällen eher zu begünstigen.

11. Bei Behandlung von Erregungszuständen, z. B. Manie bei kräftigen jugendlichen Personen, postepileptischen Psychosen, vor Allem jener Formen, die mit Steigerung der Körpertemperatur einhergehen, wirken Einwickelungen des ganzen Körpers oft vortheilhaft.

12. Abreibungen, Uebergiessungen mit Ausschluss des Kopfes sind am Platze in den späteren Stadien functioneller Psychosen, besonders, wenn der Verlauf einen schleppenden Character annimmt. Vor allem sind sie indicirt, um die zahlreichen Schwächezustände des Centralnervensystems zu beseitigen, um die Widerstandsfähigkeit Kranker oder nur Disponirter zu erhöhen, so bei den Zuständen von Neurasthenie, Hypochondrie, bei manchen Reconvalescenten, auch prophylactisch bei erblich Disponirten etc.

13. Weiter leistet das kalte Wasser, unter der Form partieller Einwickelungen applicirt, oft gute Dienste bei Bekämpfung von Sensationen, so bei den circumscripten Sensationen, die den Angstaffect begleiten, Einwickelungen der Brust. Ebenso werden Sensationen im Bereich des Kopfes, sog. Kopfdruck, vermindert durch partielle kalte Bäder, z. B. Fussbäder.

14. Uebergiessungen und Douchen können bei gewissen unreinlichen Kranken als Besserungsmittel in Anwendung gezogen werden; die Auswahl derartiger Kranker, wie die Application der Douchen, sollte ausschliesslich durch den Arzt erfolgen. Auch bei Bekämpfung der Masturbation ist die Anwendung kalten Wassers am Platze.

15. Kalte Bäder, Fluss- und Seebäder sind namentlich indicirt, wo eine Kräftigung des Centralnervensystems angestrebt wird. Die Reaction nervöser Individuen, namentlich auf Seebäder, gestaltet sich ungemein verschieden und ist unberechenbar; es sind desshalb im Anfang nur ganz kurze Bäder anzurathen. —

Rieger sprach sodann über „Psychiatrie und medicinisches Studium“. Er legte der Versammlung einen im Centralblatt für Nervenheilkunde (Septemberheft 1892) abgedruckten Bericht vor, betreffs der Frage der Einführung der Psychiatrie als Gegenstand der künftigen ärztlichen Approbationsprüfung, und wies darauf hin, dass angesichts der gegenwärtig im Reichsamt des Innern im Gang befindlichen organisatorischen Arbeiten in dieser Hinsicht eine lebhafte Betheiligung psychiatrischer Körperschaften dringend nothwendig sei. — Nachdem es in diesem Jahre nicht möglich gewesen, der Versammlung der deutschen Irrenärzte diese Frage vorzulegen (da dieselbe wegen der Cholera ausgefallen), so möge vorläufig wenigstens die südwestdeutsche Versammlung Stellung in der Sache nehmen. Da gerade in den fünf an der Versammlung betheiligten Ländern (Bayern, Württemberg, Baden, Hessen, Elsass-Lothringen) für den psychiatrischen Unterricht so bedeutende Aufwendungen aus Landesmitteln gemacht würden, so schlage er vor Allem vor, dass im Auftrage des Vereins an jede einzelne dieser Landesregierungen eine Petition gerichtet werde, dahin gehend: es möge im Reichsamt des Innern und im Bundesrath darauf hingewirkt werden, dass auch in der von der Reichsregierung abhängigen Studien- und Prüfungsordnung der Psychiatrie in gleicher Weise die ihr gebührende Stellung eingeräumt werde, wie sie ihr durch die Fürsorge dieser Bundesstaaten an ihren Landesuniversitäten mit sehr erheblichen Geldopfern geschaffen worden ist.

Die Versammlung machte den Standpunkt des Vortragenden zu dem ihrigen durch einstimmige Annahme seines Antrages.

Kräpelin weist in seinem Vortrage: „Die Abgrenzung der Paranoia“, auf die Erfahrung hin, dass jeder Fortschritt in der Classification der Geisteskrankheiten während der letzten Jahrzehnte in der Abgrenzung neuer Krankheitsformen bestanden habe (Paralyse, Paranoia, Amentia). Er verlangt die Auflösung des klinischen Beobachtungsmaterials in kleine monographisch zu bearbeitende Gruppen wirklich vollkommen gleichartiger Fälle unter genauester Berücksichtigung nicht nur einzelner Symptome oder Zustände, sondern des gesammten Krankheitsbildes nach Aetiologie, Verlauf, Dauer und Ausgang. Vor Allem reformbedürftig erscheint ihm das vage Gebiet der Paranoia, welches er auf die Fälle mit chronischer Ausbildung eines beständigen unheilbaren Wahnsystemes auf donstitutioneller Grundlage einzuschränken vorschlägt. Ausgeschieden würden samit ausser der Amentia einmal die schon von vielen Autoren als „Wahnsinn“ oder „acuter Wahnsinn“ bezeichnete sog. „acute“ (heilbare) Paranoia, dann aber eine grosse Zahl von Beobachtungen, in denen die meist acut oder subacut beginnende Wahnbildung als Zeichen tiefgreifender geistiger Schwäche von vornherein eine hochgradige Zerfahrenheit und Zusammenhangslosigkeit erkennen lässt. Diese Fälle mit rasch fortschreitender Verblödung dürften nebst einigen anderen nahe verwandten Formen am besten dem Gebiete der Hebephrenie einzuordnen sein. —

„Ueber das Verhalten des specifischen Gewichtes des Blutes bei Geisteskranken“ hat **Vorster** Untersuchungen angestellt, bei denen auch der Hämoglobingehalt des Blutes berücksichtigt wurde. In der Melancholie, periodischen Manie und dem acuten Wahnsinn ergab sich

meist auf der Höhe der Erkrankung Verminderung der beiden Blutwerthe. Mit beginnender Genesung steigen dieselben zusammen mit dem Körpergewichte. Die Melancholien nahmen jedoch insofern eine Sonderstellung ein, als im Beginne derselben oft eine erhebliche Steigerung der beiden Blutwerthe nachzuweisen war, eine Erscheinung, die sich Vortragender aus dem hemmenden Einflusse erklärt, den schwere Depressionszustände auf die Circulation ausüben. — Bei Paralytikern ergab sich eine Verminderung der beiden Blutwerthe mit fortschreitendem körperlichen Verfalle. — Nach schweren epileptischen Anfällen fand sich gewöhnlich eine deutliche Zunahme des spec. Gewichts und des Hämoglobingehaltes. Langer Gebrauch von Brom scheint dem Zustandekommen höherer Blutwerthe günstig zu sein.

In der II. Sitzung wurde das zweite im Vorjahre festgesetzte Thema durch Referat und Correferat erledigt. **Kreuser** formulirt das Ergebniss seiner „über die nothwendige Anzahl und die zweckmässigste Anlage und Einrichtung der Zellen in den öffentlichen Irren-Heil- und Pflege-Anstalten“ angestellten Erhebungen in folgenden Sätzen zusammen:

1. Eine öffentliche Heil- und Pflegeanstalt sollte für ca. 10% ihres Bestandes Isolirräume haben. Anstalten mit mehr als 500 Pfleglingen können unter diese Zahl heruntergehen, doch giebt ein Mehr von Isolirräumen leichtere Möglichkeit zu zahlreichen und raschen Aufnahmen.

2. Etwa die Hälfte dieser Isolirräume erhält zweckmässiger Weise festere Construction und wird in einer besonderen Isolirabtheilung vereinigt; die andere Hälfte wird leichter construirt und auf die übrigen Abtheilungen der Anstalt vertheilt.

3. Für jeden Isolirraum ist eine Bodenfläche von 12—15 Quadratmetern und ein Luftraum von 50—60 cbm zu fordern.

4. Künstliche Ventilation ist nothwendig.

5. Centralheizung ist wünschenswerth.

6. Grosse Fensterflächen, von denen wenigstens $^1/_4$ bis $^1/_3$ beweglich sein muss, sind anzustreben.

7. Vorrichtungen zu nächtlicher Beleuchtung von aussen sind nicht zu entbehren.

8. Die Thüren müssen genügend fest, nach aussen aufgehend, rasch und sicher, am besten mehrfach verschliessbar sein, Doppelthüren sind wenigstens theilweise wünschenwerth.

9. Eine besondere Beobachtungsöffnung ist höchstens für einzelne Isolirräume wünschenswert.

10. Die Wände müssen genügende Widerstandsfähigkeit besitzen und leicht abzuwaschen und zu desinficiren sein.

11. Harthölzerne Fussböden sind für unser Klima die geeignetsten.

12. Feststehende Nachtstühle sind wenigstens in einem Theil der Isolirräume nicht unzweckmässig.

13. Feststehendes Mobiliar ist in der Regel ganz entbehrlich. —

Hoche's Mittheilung über „Meningitis cerebrospinalis“ betraf folgenden Fall: Eine 34jährige, im 6. Monate gravide Frau war bewusstlos zur Aufnahme gekommen, nachdem sie 20 Stunden vorher mit Erbrechen und einzelnen Convulsionen erkrankt war; letztere wiederholten sich mehr-

fach bis zu dem 2 Stunden nach der Aufnahme erfolgenden Tode; locale Erscheinungen von Seiten des Centralnervensystems wurden nicht beobachtet; im Urin waren colossale Eiweissmengen vorhanden. — Die Annahme, dass es sich möglicherweise um Eclampsie handeln könne, wurde durch die Section nicht bestätigt; es fand sich vielmehr eine diffuse eitrige Meningitis des gesammten centralen Nervensystems, dagegen im übrigen Organismus kein Herd, der als Ausgangspunkt einer Infection hätte angesehen werden können. Die microscopische Untersuchung des Eiters, die Cultur und das Thierexperiment ergaben übereinstimmend, dass die Cerebrospinalflüssigkeit eine Reincultur des Fränkel'schen Pneumonie-Diplococcus darstellte. Bei der Untersuchung zahlreicher, nach Weigert's Bacterienmethode gefärbter Schnitte zeigte sich ferner eine bestimmte Vertheilung der Microorganismen, insofern, als die arteriellen Gefässe absolut frei von solchen waren, die venösen nur ganz vereinzelt deren enthielten, während in den Lymphräumen der Hüllen auf jedem Schnitte zahllose Diplococcen nachzuweisen waren. — In der Substanz des Centralnervensystems fanden sich hier und da Gruppen von Microorganismen, meist aber nur in directem Zusammenhange mit der Oberfläche; ebenso enthielten die Nierenglomeruli ganz vereinzelt dieselben Microorganismen. Die Beobachtung ist als „sporadischer Fall von epidemischer Meningitis" zu deuten. Der Infectionsmodus ist nicht aufgeklärt. —

Ilberg führt in einem Vortrage: „Die intoxicatorische Form des hallucinatorischen Wahnsinns (Kraepelin)" aus: Halluc. Wahnsinn ist eine Erkrankung mit Sinnestäuschungen und Wahnideen ohne tiefere Bewusstseinsstörung, die sich acut oder subacut entwickelt, ebenso verläuft und entweder in vollständige Genesung — oft nach Recidiven, zuweilen erst nach langem Bestehen — oder in secundäre psychische Schwächezustände ausgeht. Von der halluc. Verwirrtheit ist die Krankheit dadurch verschieden, dass die Kranken orientirt sind, die Personen nicht verkennen, mit längeren Reihen zusammenhängender Vorstellungen arbeiten, meist continuirliche Sinnestäuschungen und detaillirte Wahnideen haben, geordnet und zielbewusst handeln; von der Paranoia unterscheidet sich der „halluc. Wahnsinn" durch die Verschiedenheit des Verlaufs und des Ausgangs, meist auch des Beginns; zudem sind die Wahnideen hier erst vor kurzem gebildete Ansichten, dort fest eingewurzelte, die ganze psychische Persönlichkeit bezwingende Erfahrungen; endlich finden sich bei der Paranoia nur selten, beim halluc. Wahnsinn nicht immer, aber viel öfter bestimmte aetiologische Momente. Hiervon sind zu nennen — ausser den überhaupt in der Aetiologie der Psychosen eine Rolle spielenden Momenten und einigen selteneren chronischen Vergiftungen — namentlich Alcohol oder Cocain in Verbindung mit Morphium.

Die Haupterscheinungen des alcoholischen halluc. Wahnsinns sind Gehörshallucinationen und Verfolgungsideen. Die körperlichen Begleiterscheinungen bestehen nur in Kopfschmerzen und leichterem Tremor. Nach dem Verlaufe lassen sich unterscheiden 1. acute Fälle; plötzlicher Beginn, vollständige Genesung am Ende der 3. Woche; 2. subacute Fälle; Dauer der stürmischen Erscheinungen 1—6 Wochen, dann schleppender Verlauf, langsame Correctur der Wahnideen, Neigung zu Rückfällen, Genesung nach $1^1/_2$ bis 6 Monaten; 3. Ausgang in secundäre psychische Schwäche. — Der Anschauung, das Delirium tremens als das Collapsdelirium der Trinker, den

acuten halluc. Wahnsinn als die specifische Intoxicationspsychose der Trinker aufzufassen, schliesst sich der Vortragende an. —

Die Haupterscheinungen des halluc. Morphium-Cocain-Wahnsinnes sind Illusionen und Hallucinationen des Gehörs, Gesichts und namentlich des Gefühls, hypochondrische, einfache und complicirte Verfolgungsideen. Der Inhalt der Sinnestäuschungen und Wahnideen ist häufiger und in verletzenderer Weise als bei der alcoholischen Form, sexuell-obscönen Characters. Mannigfaltige körperliche Begleiterscheinungen finden sich dabei. Der einzelne Anfall ist heilbar, Prognose des Grundleidens natürlich schlecht. —

In seinem Vortrag: „Beitrag zur Kenntniss der Sulfonalwirkung" berichtet **Schaeffer** über das Vorkommen von Haematoporphyrin (eisenfreies Haematin) im Harn bei Sulfonalgebrauch. Eine 26jährige zu Obstipation neigende Paranoica erhielt in 270 Tagen etwa 180 Gr. Sulfonal in Tagesdosen von 1 Gr. Das Krankheitsbild bestand bei im Wesentlichen unverändertem psychischen Befinden in heftigem Erbrechen, sehr herabgesetzter Diurese, äusserst hartnäckiger 10—14 Tage dauernder Obstipation, starken epigastrischen Schmerzen neben den erst eine Woche später auftretenden bekannten motorischen und sensorischen Symptomen der chronischen Sulfonalintoxication. Am blut- und eiweissfreien, bei auffallendem Lichte schwarzen Harn wies Sch. chemisch und spectroscopisch Haematoporphyrin nach. Die Blutuntersuchung ergab Oligocythaemie und hochgradige Hypochromaemie, sehr zahlreiche Ehrlich'sche Blutscheiben. — Bei länger dauernder Sulfonaltherapie, besonders bei Personen, die zu Obstipation neigen, empfiehlt Sch., die Farbe des Urins genau zu beobachtn, um so mehr, als, wie durch seinen Fall bewiesen, Haematoporphyrin im Harne bereits vor allen übrigen Symptomen des chronischen Sulfonalismus auftreten kann. —

Schliesslich demonstrirt **Sioli**: Gehirnschnitte bei einer Erkrankung des Hinterhauptslappens.

Bei einer 60jährigen Kranken hatte fast völlige Amaurose centralen Ursprungs mit erhaltener Pupillenreaction und ohne Sehnervenatrophie bestanden; im äussersten Winkel des linken Gesichtsfeldes wurden sehr helle Gegenstände noch bemerkt. Dazu war ein weiteres bisher nicht beschriebenes Hirnrindensymptom getreten, dass nämlich die Kranke sich unfähig zeigte, alltägliche Gegenstände durch Betasten zu erkennen, während sie dieselben richtig nannte, wenn man ihr sagte, wozu sie gebraucht werden, oder wenn man damit ein ihnen eigenthümliches Geräusch hervorbrachte, oder wenn sie dieselben riechen oder schmecken konnte; diese als Rindentastblindheit zu bezeichnende Erscheinung wurde nach den experimentellen Ergebnissen Munk's auf eine Zerstörung eines im Scheitellappen, dicht an dem Hinterhauptslappen gelegenen Gebiete bezogen. —

Bei der Section fand sich nun der linke Hinterhauptslappen durch eine Erweichung völlig zerstört, einschliesslich des Cuneus, des gyrus lingualis und gyr. fusiformis, die übrige linke Hemisphäre intact; in der rechten Hemisphäre fand sich äusserlich eine Erweichung, die dicht hinter dem hinteren Ende der fossa Sylvii begann und den gyrus angularis zerstörte, auch nach hinten bis in den Hinterhauptslappen sich erstreckte. Bei weiterer Zerlegung ergab sich in der Tiefe der Fissura occipitalis sup.

ein eigener Erweichungsherd, der sich in der Tiefe auf das Mark fortsetzte und eine partielle Degeneration der hintersten Theile des Stratum saggitale int. und ext. erzeugte; ferner fand sich, dass der Herd, der äusserlich den gyr. angularis zerstörte, in die Tiefe hineingreift und die compacten Fasermassen des Stratum sagittale int. und des forceps in ihrer oberen Hälfte durchbrochen hat; die von hier ausgehende secundäre Degeneration liess sich bis in den Sehhügel hinein verfolgen. Endlich fand sich auch das Mark des gyr. supramarg. und des oberen Scheitelläppchens beträchtlich durch die Erkrankung in Mitleidenschaft gezogen, so dass ausser einer partiellen Erweichung des Hinterhauptslappens eine ziemlich schwere Erkrankung des gesammten Scheitellappens sich findet. —

Als Themata für die nächstjährige Versammlung wurden bestimmt:

1. Ueber Ueberwachungsabtheilungen.
2. Ueber Besuche der Angehörigen in den Anstalten. —

Hoche-Strassburg.

IV. Zur Tagesgeschichte.

Die Psychiatrie der evangelischen Geistlichkeit in Preussen.

(Fortsetzung.)

Bevor ich mich gegen die in den vorstehenden Sätzen enthaltene theoretische und practische Psychiatrie wende, muss ich die Vorwürfe beantworten, welche darin den heutigen Psychiatern und eigentlich dem ganzen ärztlichen Stande gemacht werden. Herr v. Bodelschwingh nennt unsere Kranken (cfr. pag. 110) eingeschlossen und mundtodt. Diese Bezeichnungen erwecken Nebenbegriffe, welche für uns Irrenärzte nicht gerade schmeichelhaft sind. Wir alle suchen im Gegentheil, soweit es nur irgend im Gegensatz zu der gewöhnlichen Tendenz der bürgerlichen Gesellschaft, die geradezu das Einschliessen (die Internirung) der Geisteskranken aus Selbsterhaltungstrieb verlangt, angängig ist, unseren Kranken möglichst viel Freiheit im socialen Leben der Anstalt zu gewähren. Jeder Erfahrene weisse dass wir Irrenärzte oft gerade wegen dieser humanen, auf die persönlichg Freiheit der Kranken gerichteten Bestrebung mit der öffentlichen Meinuns in Conflict gerathen. Mir schwebt immer noch das verblüffte Gesicht eine im Strafrecht wohlerzogenen Juristen vor, der in einer grösseren Anstalt' welcher ich meine ersten psychiatrischen Erfahrungen verdanke, zum ersten Male Geisteskranke friedlich mit Aexten Holz spalten sah. Die Begriffe „Geisteskrank — Axt — Todtschlag“ und andere Combinationen sind in den Köpfen der Durchschnittsmenschen so fest associirt, dass wir mit unserer freiheitlichen Arbeitsorganisation in den grösseren Anstalten jedem natürlichen Vertreter der Volksmeinung einfach als leichtsinnig und fahrlässig erscheinen. Dass gerade die Irrenärzte manchmal Opfer dieser principiell gefassten freiheitlichen Behandlungsweise werden, indem sich in überlegter oder momentaner Weise die Freiheit des Kranken lebensgefährlich vor allem gegen sie wendet, ist eine alte Thatsache. Aber trotz Gudden's Tod und vielem anderen Unglück werden wir desshalb unsere

Kranken nicht einschliessen, es sei denn, dass eine vor unserem Gewissen gerechtfertigte Indication zur Isolirung vorliegt, die für jeden anderen Menschen, auch für Herrn v. Bodelschwingh, zwingend sein würde. Sollte wirklich die Zahl der Isolirungen noch mehr herabgesetzt werden können — und ich selbst habe eine $2^1/_2$jährige bis in's Extrem gehende Studie darüber gemacht — so ist das eine inner-psychiatrische Frage, zu deren Beurtheilung wir Herrn v. Bodelschwingh durchaus keine Competenz zugestehen. Ausserdem geht aus dem mir zufällig bekannten Bauplan der Privatirrenanstalt des Herrn v. Bodelschwingh durchaus nicht die Absicht hervor, die Zahl der Isolirungen unter Aufbietung aller ärztlichen und Wärter-Geduld auf das Minimum herabzusetzen. Wozu also der bedauernde Ausdruck: Die eingeschlossenen Kranken? — Es ist eine alte Methode der Publicistik, die Angelegenheiten des Gegners mit Worten zu benennen, die diesen durch ihren Nebensinn herabzusetzen im Stande sind; die Methode ist schlau, aber fein ist sie nicht.

Und zweitens sollen unsere Kranken mundtodt sein. Dieses Wort ist mir als Ausdruck eines wirklichen Inhalts ganz unverständlich, als Agitationsmittel, um die Irrenärzte in ein falsches Licht zu bringen, kann ich ihn zur Noth verstehen. Jeder richtige Irrenarzt sucht doch mit seinen Kranken vertraut zu werden und wird diese nicht mundtodt machen, sondern sich sprachlich mit ihnen verständigen. Dass wir eine Anzahl von Kranken möglichst still für sich lassen müssen, ohne zu viel mit ihnen zu reden, ist eine psychologisch-medicinische Massregel, für die Herrn v. Bodelschwingh das Verständniss fehlt.

Im Zusammenhang mit der völlig entstellenden Behauptung, dass wir die Kranken in unverantwortlicher Weise des religiösen Trostes berauben, bilden jene Ausdrücke die Einleitung zu der systematischen Discreditirung der Irrenärzte, welche die Voraussetzung zum Triumph der Kirche in der Psychiatrie bilden wird.

Entsprechend ist die beabsichtigte Wirkung v. Bodelschwingh's, wenn er seiner Versammlung die Bewohner der Irrenanstalten an's Herz legt, „über welche die ärztliche Weisheit den Stab gebrochen hat und denen das Prädikat ertheilt ist: „unheilbar hoffnungslos".

Es ist wieder ein schlauer Kunstgriff, einen für den amtlichen Geschäftsstil berechneten Ausdruck „unheilbar" in so pathetischer Weise auszubeuten. Jeder wirkliche Irrenarzt sucht doch eben gerade die sogen. „unheilbaren" im Rahmen der Anstalt zu dem denkbar besten socialen Zustand zu bringen. Das ist oft eine therapeutische Aufgabe ersten Ranges. Wenn auch die Kranken sozusagen vor der Schwelle der grossen bürgerlichen Gemeinsamkeit stehen bleiben, so können wir sie doch innerhalb der Anstalt zu einem ganz erträglichen und auch äusserlich annehmbaren Zustand bringen. Oft ist es eine grosse Kunst, einen draussen verwahrlosten Kranken, wenn er auch im bürgerlich-juristischen Sinne unheilbar ist, zur wohlthätigen Arbeit, die eines der wichtigsten therapeutischen Agenten im geistigen Leben ist, zu bringen. Herr v. Bodelschwingh kennt entweder diese oft sehr mühevolle therapeutische Thätigkeit der Irrenärzte nicht, oder er will sie nicht kennen ad majorem ecclesiae gloriam.

Es wird durch solche Ausdrücke der Anschein erweckt, als ob die Irrenärzte in Bezug auf die psychische Behandlung reine Nihilisten wären und sich gar nicht um die „Seele“ kümmerten. Dieser Gedanke ist nun eigentlich das Leitmotiv der ganzen gegen die Irrenärzte gerichteten Agitation: **„Der Körper gehört den Medicinern, die Seele den Geistlichen“.** So lautet eigentlich der Fundamentalsatz. In diesem Satze liegt nun aber eine kulturgeschichtliche Lüge, von der nicht bloss die Irrenärzte, sondern auch der ganze ärztliche Stand getroffen wird. Schon der practische Arzt kann kein wahrer Arzt sein, wenn er nicht die seelischen Zustände seiner Kranken zu beurtheilen und zu beeinflussen versteht. Fortwährend mischen sich in die vom practischen Arzt zu behandelnden Körperzustände psychische Momente hinein und die wirklichen Aerzte, die nicht bloss im Sinne des Rechtes „Gewerbetreibende“ sind, kennen diese psychischen Einmischungen sehr wohl, wenn sie auch keine officielle psychologische Ausbildung genossen haben. Dasselbe gilt in viel höherem Maasse von den Irrenärzten.

Obgleich der Staat sich um die psychologische Ausbildung der Irrenärzte leider gar nicht kümmert, so muss doch zur Ehre des Standes gesagt werden, dass die meisten unter der Einwirkung älterer erfahrener Collegen, speciell der Directoren, zu denen sie kommen, durch vorurtheilslose Beobachtung sehr rasch sich eine Summe von practischer Psychologie aneignen, welche für die vernünftige Behandlung der Geistesgestörten ausreicht, wenn auch theoretisch ihre Wissenschaft nicht weit reicht.

Ich gebe allerdings rückhaltlos zu, dass eine bessere psychologische und psychopathologische Vorbildung nicht bloss der Irrenärzte, sondern auch aller practischen Aerzte unbedingt nothwendig ist und wir sind gerade in diesem Blatte wiederholt für die Einführung der Psychiatrie in die ernsthaften medicinischen Prüfungsgegenstände eingetreten; — aber aus einem vielleicht bestehenden Mangel in dieser Beziehung die Folgerung zu ziehen, dass die Irrenärzte mit der Seele gar nichts zu thun haben sollen, d. h. dass sie als Irrenärzte überhaupt überflüssig sind und nur unter Leitung von Geistlichen die Körper der Geisteskranken kuriren sollen, — diese Folgerung zu ziehen, war den Wortführern des Vereins deutscher Irrenseelsorger vorbehalten. Allerdings ist die Thatsache, dass solche Angriffe auf den irrenärztlichen Stand überhaupt auftauchen, von ernster Bedeutung. Nur dann, wenn der Staat eine gründliche psychopathologische Ausbildung der zukünftigen Irrenärzte verlangt und die Psychiatrie zum Examensfach für alle Mediciner macht, werden diese Angriffe von Seiten derjenigen Geistlichen, die uns Aerzte als eine Art von technisch besser gebildeten Badern ansehen, denen nichts als die Beschäftigung mit der „körperlichen Maschine“ zusteht, verstummen.

Die wissenschaftliche von psychologisch gebildeten Aerzten getriebene Psychiatrie soll also ganz beseitigt werden, weil wir als „leibliche Aerzte“ doch nur im Stande sind, die Körper zu kuriren und auch das nur mässig. „Je weniger der leibliche Arzt seine medicinischen Mittel anwendet, desto besser ist es. Dieselben wirken in den meisten Fällen nur schädigend

auf Leib und Seele". Es wird uns also geradezu vorgeworfen, dass wir Seele und Leib unserer Kranken durch Medicin schädigen. — Unwillkürlich wurde ich beim Lesen jener Worte in eine der zur Zeit Sitte werdenden Versammlungen radikaler Naturheilschwärmer versetzt, wo öfters in ebenso alberner Weise auf jede innere Medicin geschimpft wird. Möge sich dieses Bündniss zwischen Geistlichkeitspsychiatrie und Naturheilbestrebungen zum Heile der psychopathischen Mitwelt möglichst bald offenkundig vollziehen! —

Sollte sich jedoch an Irrenanstalten wirklich eine Einschränkung der inneren Medication ohne Schädigung der Kranken und ohne Störung des Minimalmaasses von Ruhe, welches wir den Mitkranken eines Aufgeregten schuldig sind, durchführen lassen, — was z. B. an hiesiger Klinik schon längere Zeit mit Consequenz versucht wird, — so ist das ebenfalls eine inner-psychiatrische Frage, zu deren Beurtheilung wir Herrn v. Bodelschwingh und seiner Gefolgschaft jede Competenz absprechen. — Dieser Vorwurf, dass wir für die „Seele" verlorenen Irrenärzte nicht einmal für den Körper unserer Kranken vernünftig sorgen, ist wirklich eine grobe Beleidigung.

Nun finde ich in Bezug auf die Psychiatrie als Wissenschaft in den genannten Thesen ein höchst drolliges Quiproquo. Die medicinisch-psychologische Psychiatrie soll also abgeschafft werden oder vielmehr sie liegt für die andächtigen Besucher jener Irrenseelsorger-Conferenzen schon in Trümmern. Und was geschieht nun? Herr Pastor Hafner tritt pathetisch auf den noch rauchenden Trümmerhaufen, begrüsst die aufgehende Sonne der kirchlichen Psychiatrie und hält an die entzückten Hörer eine gewaltige Rede über den Parallelismus der Functionen, über die Reflectirung der somatischen Störungen im Psychischen und der psychischen Störungen im Somatischen, über psychologische Beobachtung und die Zukunft der pathologischen Anatomie! Dieser unverdauliche medicinische Kern wird nun eingewickelt in eine philosophisch-theologisch ausschauende Hülle von Begriffen, wie z. B. positive und negative Lebensfunction, pneumatische Krankheit, Sünde, Persönlichkeit, dämonische Welt, pneumatisch und psychisch Negatives etc. und der vollendete Blödsinn ist fertig.

Es sind mir einige Zuschriften zugegangen, in denen die Verfasser ihre Beistimmung ausdrücken, dass ich den psychiatrischen Schwachsinn des Herrn Pastor Hafner keiner Kritik gewürdigt, sondern ihn einfach festgenagelt habe. Ich nehme auch von einer eingehenden Analyse dieser ganz sinnlosen ontologischen Spielereien, die sich nicht inhaltlich, sondern nur psychologisch in ihrer Entstehungsweise begreifen lassen, Abstand.

Ich möchte nur Herrn Hafner gegenüber bemerken, dass wir Irrenärzte solche Produkte ungehemmter Begriffscombination zu der öfters vorkommenden „erlaubten litterarischen Verrücktheit" zu rechnen pflegen, die, an sich harmlos, erst dann gefährlich wird, wenn practische Consequenzen und verkehrte Handlungen aus ihr entspringen. — Ich finde jedoch in diesem Falle, dass wir Irrenärzte eigentlich diese theoretische Seite der medicinisch-kirchlich-philosophisch-theologischen Psychiatrie gar nicht bekämpfen, sondern sie mit Freuden begrüssen sollen.

Ich sehe aus diesen theoretischen Versuchen im Beginn der kirchlichen Psychiatrie, dass die Versuche zu einer Wissenschaft nicht zufällig sind, sondern unter allen Umständen selbst in kirchlich geleiteten Irrenanstalten, an deren zukünftigem Vorhandensein ich kaum mehr zweifle, auftreten werden. Desshalb finde ich Hafner's Albernheiten nicht lächerlich, sondern hoffnungverheissend. Wenn die Irrenanstalten wirklich in geistliche Hände gerathen, so wird sich alsbald eine derartige Hochfluth von theologisch-medicinisch-mystischer Psychopathologie aus dem Munde der zukünftigen Hafnerianer ergiessen, dass der gesunde Menschenverstand mit Inbrunst nach inductiver Wissenschaft schreien und die unterdessen emeritirten Irrenärzte jammernd in ihre Aemter zurückrufen wird. — Ich würde dies nicht schreiben, wenn ich nicht die Ueberzeugung hätte, dass die Kirche in der That die beste Aussicht hat, die Irrenanstalten in die Hände zu bekommen.

(Fortsetzung folgt.)

Verantwortlichkeit der Irrenanstaltsdirectoren.

In einer Irrenanstalt in der Nähe von Bordeaux liessen sich die Aerzte durch die inständigen Bitten der Verwandten eines sehr gefährlichen tobsüchtigen Kranken bewegen, demselben während der Nacht die Zwangsjacke, die er bisher getragen hatte, auszuziehen. Vor seiner Zelle auf dem Corridor schlief ein starker Wärter. In der Nacht zum 1. November gelang es dem Kranken, aus seiner Zelle zu entschlüpfen; er ging ruhig zum Holzstalle, bewaffnete sich mit einem Beile und erschlug hiermit den Wärter. Weitere Unglücke wurden vermieden. Die Verwandten des Wärters verklagten nun den Director auf Schadenersatz und das Gericht verurtheilte denselben zu einer einmaligen Bezahlung von 3000 franc, sowie zur Bezahlung einer jährlichen Rente von 400 francs bis zur Grossjährigkeit des Kindes des ermordeten Wärters.

Strauscheid.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XVI. Jahrgang. 1893 Mai. Neue Folge IV. Band

I. Originalien.

I.

Beitrag zur Lehre von den Regulationsstörungen der Muskelthätigkeit bei Taubstummen.*)

Von Professor O. Rosenbach in Breslau.

Nachdem in neuester Zeit J. R. Ewald gezeigt hat, dass ein Theil der Fasern des Nervus acusticus in wichtigen Beziehungen zur Regulation der Spannung der Körpermuskeln steht und dass von ihren Endigungen im Labyrinth aus der Tonus der Körpermuskulatur wesentlich beeinflusst wird, nachdem durch Schiff gezeigt worden ist, dass auch bei Hunden, denen der Nervus acusticus durchschnitten war, deutliche Störungen in der Art und Form der Muskelaction auftreten, haben verschiedene Autoren, namentlich James und Kreidl, Untersuchungen an Taubstummen angestellt und den Beweis erbracht, dass die Taubstummheit, deren Ursache ja zumeist Veränderungen im Gebiete der erwähnten „Tonusregulatoren des acustischen Apparates“ sind, ebenfalls mit wesentlichen Störungen in der Regulirung der complicirteren Formen der Muskelaction einhergeht.

Bei dieser Sachlage ist es vielleicht nicht unwichtig, eine Beobachtung zu erwähnen, die mir deutlich zu demonstriren scheint, welchen Einfluss der Fortfall des Gehörs auf die Art und Form selbst solcher Muskelbewegungen ausübt, die auf den ersten Blick hin kaum eine Störung erkennen lassen. Obwohl ich die gleich mitzutheilende Beobachtung, sowie einige andere, die ich bei gleicher Gelegenheit gemacht habe, auch noch an einem grösseren Material zu prüfen beabsichtige, glaube ich doch, dass die Zahl der bisher beobachteten Fälle genügt, die Thatsache selbst über allen Zweifel zu stellen.

*) Bei der Redaction eingegangen Mitte Januar 1893.

In Folge einer in der hiesigen Taubstummenanstalt ausgebrochenen Masernepidemie erfolgte die Aufnahme einer grösseren Anzahl von Kindern in das Hospital und ich hatte dann, da bei den Patienten fast zu gleicher Zeit die Reconvalescenz eingetreten war, Gelegenheit zu beobachten, dass, wenn eine Schaar der kleinen Kranken bei Eintritt des Arztes nach den Plätzen lief, dies mit auffallend grossem Lärm erfolgte; denn, obwohl die Kinder Lederschuhe trugen, ertönte beim Laufen ein lautes „Getrappel", etwa wie von „Holzpantinen". Da die Untersuchung ergab, dass dieser beim Aufsetzen der Füsse entstehende Lärm nicht von der Art und dem Sitz des Schuhwerks abhängen könne, — andere Kinder, deren Fussbekleidung dieselbe war, und die ebenso schnell liefen, verursachten auch nicht entfernt solchen Lärm, — so war es klar, dass die Differenz der acustisch wahrnehmbaren Wirkungen des Laufens beim Gesunden und Taubstummen von einer verschiedenen Innervation der unteren Extremitäten herrühren musste, und diese konnte hier ebenso wohl nur von dem Ausfall des Gehörs abhängig sein, da Muskelatrophieen oder sonstige, von spinalen oder cerebralen Affectionen herrührende Erscheinungen bei den gut genährten und anscheinend sonst gesunden und zum grössten Theil sehr intelligenten Kindern nicht aufzufinden war.

Bei der genaueren Prüfung der Erscheinung (die übrigens auch der Wärterin aufgefallen war und sie veranlasst hatte, die Kinder wegen des beim Gehen und Laufen verursachten Lärms oft zur Ruhe zu ermahnen), stellte sich heraus, dass das beim Laufen oder schnellen Gehen entstehende Geräusch nicht bei allen Kindern in gleichem Grade die Norm überschritt, obwohl ein stärkeres Aufsetzen der Füsse bei sorgfältiger Prüfung bei allen bemerkbar war. Von einer eigentlichen Coordinationsstörung, etwa wie bei Tabikern, war bei keinem Kinde etwas zu bemerken; nur schien bei Einigen auch die Hebung der Füsse bereits etwas grösser als die normale. Jedenfalls erfolgte aber wohl in allen Fällen das Heben des Fusses mit einer grösseren Kraft; denn sonst hätte doch das Aufsetzen des Fusses auf den Boden nicht mit viel grösserer Wucht, als dies sonst der Fall ist, erfolgen können. Beim Stehen mit geschlossenen Augen war bei keinem der Kinder ein deutliches Schwanken zu bemerken, dagegen konnten manche Untersuchte complicirtere Bewegungen bei geschlossenen Augen nicht sicher ausführen. Die Patellarreflexe und die Sensibilität waren anscheinend überall völlig normal.

Es lag also mit einem Worte hier nur eine Veränderung der Stärke des Innervationsimpulses vor, der alle Muskeln gleichmässig betraf, also gewissermassen keine qualitative Veränderung des Vorgangs, sondern eine quantitative; denn alle Muskeln wurden ja in gleicher Weise innervirt, so dass die Bewegung nur eine verstärkte, aber keine ungleichmässige war, ganz im Gegensatz zu anderen Coordinationsstörungen, bei denen eine sogenannte perverse Innervation vorliegt. Diese besteht, wie ich gezeigt habe*), darin, dass der normale oder verstärkte Reiz, der bei normalen Leitungsverhältnissen eine gleich-

*) Ueber functionelle Lähmung der sprachlichen Lautgebung. (Deutsche med. Wochenschr. 1890, Nr. 40.)

mässige (normale) oder gleichmässig verstärkte (übernormale) Erregung aller synergischen Muskeln zur Folge haben muss, nun in die einzelnen Bahnen ungleichmässig einstrahlt und dadurch ein Uebergewicht der Action gewisser Muskelgruppen über die anderen hervorruft. Je mehr in solchen Fällen der centrifugale Impuls gesteigert wird, um auch in den geschwächten Muskeln oder in den schlechter leitenden Bahnen die normale Leistung zu erzielen, desto grösser wird natürlich schliesslich die Coordinationsstörung, da der auch in die normalen Leitungsbahnen einstrahlende verstärkte Reiz nun erst recht hier ein Ueberwiegen der Leistung, also Incoordination der Erregung, ja sogar einen krampfartigen Zustand, resp. Contracturen, hervorrufen kann.

Von einer solchen perversen Innervation kann also in den hier mitgetheilten Beobachtungen nicht die Rede sein, sondern man muss annehmen, dass die characteristische gleichmässig verstärkte Bewegung der unteren Extremitäten überhaupt nur dadurch zu Stande kommt, dass wegen des Fortfalls eines Regulationsmechanismus das Urtheil über die Stärke der auszuführenden, oder präciser ausgedrückt, das Urtheil über die Stärke der bereits ausgeführten Bewegung ein mangelhaftes wird.

Da mit Sicherheit anzunehmen ist, dass bei allen Bewegungsvorgängen, die acustisch wahrnehmbare Erscheinungen hervorrufen (neben anderen Einflüssen von Seiten der Haut, der Muskeln, der Knochennerven), auch eine wichtige Correctur und Regulation durch das Gehör stattfindet, so ist es wohl nicht zweifelhaft, dass auch die Stärke der Gangbewegung durch das Ohr regulirt und durch die beständige Uebung wesentlich modificirt wird. Desshalb ist Gehen und Laufen bei kleinen Kindern gewöhnlich von relativ stärkeren Geräuschen begleitet, als bei Erwachsenen, und unter diesen hat wohl wieder Derjenige den leichtesten Gang, der in Folge einer bestimmten Thätigkeit gewöhnt ist, seine Bewegungen möglichst geräuschlos zu produciren (man vergleiche die Art des Ganges beim Arzte, beim „Hofmanne“, beim Soldaten); es ist ferner wohl auch wahrscheinlich, dass eine besondere Feinheit des Gehörs als wesentlicher Dämpfer der Geräuschbildung beim Gehen wirkt. Man könnte hier auch vielleicht darauf hinweisen, dass die Thiere, die sich durch das feinste Gehör auszeichnen, auch den geräuschlosesten Gang haben, und dass selbst die mit Hufen versehenen Thiere, je nach der Art ihres Gehörs und nach der Art ihrer Lebensweise, sowie ihrer Dienstleistung ganz verschiedene, auch acustisch differente Formen des Ganges haben.

In wie weitem Umfange übrigens das Gehör eine Correctur für die Stärke der Muskelbewegungen liefert, zeigen ja auch besonders die Schwerhörigen, die trotz ganz normaler Articulation und oft sogar trotz beträchtlicher Modulationsfähigkeit ihrer Stimme doch gewöhnlich zu laut oder zu leise sprechen, weil sie ihre eigene Stimme nicht hören und desshalb die Stärke des Impulses nicht zu reguliren im Stande sind. Bei Schwerhörigen zeigt sich übrigens unserer Erfahrung nach auch noch ein deutlicher Unterschied zwischen denen, die in verhältnissmässig früher Zeit und denjenigen, die erst später ihr Gehör verloren haben; denn die ersteren sprechen gewöhnlich abnorm laut, die letzteren häufig besonders leise, weil

andere Regulatoren der Muskelaction beim Sprechen die regulatorische Function des Gehörs übernehmen, oder weil beim Erwachsenen, der bereits für alle Gebiete seiner Thätigkeit exact reflectorisch arbeitende Apparate ausgebildet hat, der Fortfall eines Regulationsmechanismus eine geringere Bedeutung besitzt und sogar den entgegengesetzten Effect, nämlich eine (willkürliche) Verringerung der Bewegungsimpulse herbeiführen kann.

In diesem Verhalten der Mechanismen, die für die Stärke der Impulse massgebend sind, liegt ein wichtiger Unterschied gegenüber den Erscheinungen der Bewegungsanomalie, die wir als Coordinationsstörung bezeichnen, eine Differenz, die man etwa folgendermassen präcisiren kann: Wenn die Stärke einer complicirten Bewegung dauernd grösser oder geringer ausfällt, als es dem Zwecke entspricht, so liegt eine Veränderung im Regulationsmechanismus (gewöhnlich in der Bahn eines Sinnesorganes) vor, wenn die Bewegung auch qualitativ anders erscheint, wenn also die Art der Leistung, die Coordination verändert ist, so befindet sich der Sitz der Störung in den centrifugalen Bahnen, die die functionelle Bewegungseinheit im Muskelapparate vermitteln oder in den in diese Bahn eingeschalteten Centren, und der entsprechende (einheitliche) Innervationsimpuls bewirkt entweder wegen der verschiedenen Stärke der an den einzelnen musculären Endstationen anlangenden Impulse oder wegen der verschiedenen Leistungsfähigkeit der einzelnen Muskeln selbst, nicht mehr die nothwendige, gleichmässige und gleichzeitige Action, die Synergie der die functionelle Einheit bildenden Theile.

II.

Der Nucleus dorsalis und der sensorische Kern des Nervus glossopharyngeus.*)

Von N. Muchin, Privatdocent d. Nervenkrankheiten in Charkoff.

Meine Untersuchungen im Gebiete der med. oblongata, welche ich seit zwei Jahren in Professor Kultschizky's Laboratorium mit Hülfe seiner Modification der Weigert'schen Methode durchgeführt habe, haben mich zu dem Resultate geführt, welche ich hier in Kürze mittheilen will. Diese Resultate betreffen: 1. eine bisher wenig untersuchte Gruppe von Ganglienzellen, welche im centralen Höhlengrau der Medulla oblongata nach hinten und aussen vom Kerne des Nerv. hypoglossus liegt, und 2. den sensorischen Kern des Nerv. glossopharyngeus.

Im Jahre 1868 hatte Clarke[1]) eine im Querschnitt ovale Säule von Ganglienzellen und Längsfasern beschrieben, welche nach hinten vom Kerne des Nervus hypoglossus liegt, sich allmählig nach oben verbreitet, und welche er „Fasciculus teres" genannt hatte. In der Ebene des inneren Acusticuskernes vereinigt sich der Fasciculus teres mit diesem Kerne und geht weiter nach oben mit seinem grössten Theile in den gemeinschaftlichen Kern der Nervi abducens und facialis über (der Kern des Nervus

*) Bei der Redaction eingegangen September 1892.

[1]) L. Clarke: Researches on the intimate structure of the brain. (Philosoph. Transactions of the royal society of London 1868. s. 283.)

abducentis der gleichzeitigen Autoren). Diese Untersuchungen von Clarke sind wenig controlirt geblieben.

Obschon Meynert[1]) bemerkt, dass Clarke mit Recht den Fasciculus teres abgetheilt hat, beschreibt er ihn aber nur bis zur Ebene des inneren Kernes des Nervus acusticus und nennt ihn „eminentia teres", indem er ihn zu den Ursprungsmassen des seitlichen gemischten Systems rechnet. Die nachfolgenden Autoren citiren entweder die Clarke'schen und Meynert'schen Untersuchungen über diese Bildung oder lassen sie unbeachtet. — Wernicke[2]), Kahler[3]), Scervini[4]) beschreiben die „eminentia teres" nach Meynert; Henle[5]) rechnet scheinbar die entsprechende Ganglienzellengruppe zu den accessorischen Kernen des Nervus hypoglossus, den Fasern aber, welche nach Clarke zusammen mit den Ganglienzellen den Fasciculus teres bilden, begegnet man nach seiner Meinung nicht immer und ihre Bedeutung erklärt er nicht; Schwalbe[6]) hält die Ganglienzellengruppe der Eminentia teres für den Kern des Funiculus teres, indem er nichts von dem weiteren Verlauf der Fasern dieses Funiculus spricht. Koch[7]) beschreibt dorsal vom Kerne des Nerv. hypoglossus nur Fasern, welche er für Fibrae propriae dieses Kernes hält. Obersteiner[8]) spricht auch nur von den Fasern im Gebiete des Funiculus teres Clarke's.

Alle oben erwähnten Autoren glauben überdies, dass die sogenannte Eminentia teres schon am Niveau des oberen Endes des Hypoglossuskernes endet und weiter nach oben der ganze graue Boden der Rautengrube dem inneren Acusticuskerne angehört.

Vor zwei Jahren hatte Schütz[9]) die Bedeutung der Fasern des „Fasciculus teres" Clarke's erklärt. Diese Fasern bilden nach seiner Meinung den unteren Theil eines langen Bündels von feinen, längs verlaufenden Fasern, welches er „dorsales Längsbündel" nennt und für das Bindeglied zwischen den höher gelegenen Theilen des centralen Höhlengraus mit den weiter distalwärts gelegenen hält.

Auf den Querschnitten der Medulla oblongata, ungefähr am unteren Ende des oberen Drittels des Hypoglossuskernes sieht man eine gut abgegrenzte Gruppe von Ganglienzellen, welche nach aussen und ein wenig nach oben vom Nucleus hypoglossi liegt. Diese Gruppe hat eine ovale Form; ihr grösster Durchmesser liegt schief von innen und von hinten nach aussen und nach vorn; ihre Grenzen bilden: nach hinten der äussere

---

[1]) Meynert, Vom Gebirn der Säugethiere. Stricker's Handbuch, 1872, Bd. II, S. 772 u. 788.

[2]) Wernicke, Lehrbuch der Gehirnkrankheiten, 1881, Bd. I. S 169.

[3]) Kahler, Toldt's Lehrbuch der Gewebelehre, 1888, S. 228.

[4]) Scervini, Anatomia dei centri nervosi, 1892, S. 69—70.

[5]) Henle, Handbuch der Nervenlehre des Menschen, 1879, S. 233, Tig. 146.

[6]) Lehrbuch der Neurologie, 1881, cmp. 657.

[7]) Koch. Undersögelser over Nerv. hypogl. Undsping og Forbindelser i Medulla oblongata. Kopenhagen, 1887.

[8]) Obersteiner, Anleitung beim Studium des Baues der nervösen Centralorgane, 1888.

[9]) Schütz, Anatomische Untersuchungen über den Faserverlauf etc. Arch. für Psychiatrie, 1891, Bd. XXII, H. 3.

Theil des dorsalen Längsbündels von Schütz, nach aussen der Kern des Nervus vagus, nach vorn die hintersten Fibrae arciformes der Formatio reticularis und nach innen der Hypoglossuskern, von welchem sich die Gruppe in dieser Ebene durch zwei Faserbündel trennt. Das eine von den letzteren geht aus dem dorsalen Längsbündel hervor und seine Fasern sind die von Schütz beschriebenen Radiärfasern des dorsalen Längsbündels; das andere Bündel geht aus derselben Gruppe hervor, biegt um den Hypoglossuskern von aussen und von vorn und geht in die Raphe hinein. Die Gruppe besteht aus zweierlei spindelförmigen Nervenzellen: die einen sind grösser, ungefähr nur $1^1/_2$mal kleiner als die des Hypoglossuskernes, mit grossem, an Haematoxylinpräparaten hellem Kern und zwei Fortsätzen; die anderen Zellen ungefähr zweimal kleiner als erstere, mit kleinem Kern und auch mit zwei Fortsätzen. Die Zellen sind in reicher Zwischensubstanz eingelagert, in welcher man ausser der Neuroglia die Querschnitte der longitudinalen Nervenfasern sieht.

In dieser Ebene sind alle aus der Gruppe hinausgehenden Fasern am besten bemerklich. Es sind dies:

1. Die Fasern der Raphe. Sie treten, wie gesagt, aus der Zellengruppe, biegen um den Hypoglossuskern, vereinigen sich in ein compactes Bündel und ziehen in die Raphe ein. Diese Fasern bilden den grössten Theil des von Gerlach beschriebenen bogenförmigen Bündels der Raphefasern.

2. Das andere Bündel tritt aus der äusseren Peripherie der beschriebenen Gruppe hervor und zieht quer durch den Vaguskern in's Fasernetz des inneren Acusticuskernes. Ein Theil dieses Bündels ist in Toldt's Lehrbuch der Gewebelehre (Fig. 67) richtig dargestellt, aber ohne Erklärung im Texte; Clarke erwähnt dieser Bündel auch.

3. Die Radiärfasern, welche aus der ganzen ventralen Peripherie der Gruppe treten und in die Formatio reticularis ziehen, wo man sie beinahe bis zur Ebene der äusseren Nebenolive verfolgen kann. — Die beschriebene Ganglienzellengruppe bezeichne ich als „Nucleus dorsalis“. — Bei der Untersuchung der ganzen horizontalen Schnittreihe durch die Medulla oblongata kann man sich leicht überzeugen, dass der dorsale Kern in der Ebene des Uebergangs in's Rückenmark beginnt und hier im Querschnitt die Gestalt einer kleinen Säule von Ganglienzellen hat, welche hauptsächlich unter den Fasern des dorsalen Längsbündels liegen.

In der Ebene der unteren Drittel des Hypoglossuskerns liegt der dorsale Kern an seiner hinteren Seite, ist nicht scharf abgesondert, seine Zellen liegen theils zwischen dem Hypoglossuskern und dem dorsalen Längsbündel, theils unter den Fasern des letzteren. An Schnitten, welche ungefähr durch die Mitte des Hypoglossuskerns geführt sind, sieht man, dass der dorsale Kern schon ziemlich gut abgesondert ist und zwischen dem Hypoglossuskern und dem dorsalen Längsbündel in der Gestalt einer im Querschnitt ovalen Gruppe von Nervenzellen liegt. Weiter nach oben nimmt der Nucleus dorsalis im Querschnitt zu und geht an die äussere Seite des Hypoglossuskerns über, indem er am unteren Ende des oberen Drittels dieses Kernes am schärfsten abgesondert ist. Ein wenig höher verkleinert sich der Hypoglossuskern und der Nucleus dorsalis nimmt seinen Platz im medialen Theile des centralen Höhlengrau ein. Ueber dem oberen

Ende des Hypoglossuskerns liegt der dorsale Kern dicht an dem inneren Acusticuskerne, während zwischen den beiden Kernen ein reichlicher Austausch von Fasern bemerklich wird. Im Bereich des Acusticuskernes vermindert sich der dorsale Kern allmählig und nimmt im Querschnitte die Gestalt eines Ovales an, dessen Längsaxe medial-lateral liegt. Diese Gestalt behält er in den unteren Ebenen der Brücke bis zu dem Abducenskerne. Hier liegt er zwischen diesem Kerne und dem Ependym des IV. Ventrikels und geht keineswegs in den Abducenskern über, wie Clarke wollte. Die Untersuchung dieses Kernes in seinem weiteren Verlaufe im Bereich der Brücke ist noch nicht beendet.

In Bezug auf die Bedeutung dieses Kernes, auf seine physiologische Function kann ich nur sagen, dass er zu den Ursprungsmassen der Hirnnerven scheinbar nicht gehört. Ich glaube, dass zur Erklärung der Functionen dieses Kernes die anatomische Thatsache von grossem Gewicht ist, dass der dorsale Kern mit dem inneren Acusticuskerne verbunden ist. Also wenn man die physiologische Bedeutung dieses letzteren kennte, so wäre es leicht diese Frage entscheiden. Wie bekannt, ist aber die Bedeutung jener grossen Zellenanhäufung, welche man als inneren Kern des N. acusticus bezeichnet, sehr dunkel. Die Untersuchungen von Forel, Onufrowitz, Baginsky und Bechterew haben ihre Bedeutung als Acusticuskern sehr erschüttert; neue Untersuchungen und Deutungen fehlen jedoch.

II.

Fast alle Autoren betrachten den sensorischen Kern des Nervus glossopharyngeus als directe proximale Fortsetzung des hinteren Vaguskerns. So beschreiben ihn Lenhossek, Clarke, Meynert, Krause, Henle, Schwalbe, Duval, Wernicke, Edinger, Obersteiner, Kölliker, Scervini u. a. — Stilling hatte den Kern des N. glossopharyngeus an einem anderen Orte gesucht. Er glaubte namentlich, dass der Glossopharyngeus aus jener Anhäufung von Nervenzellen seinen Ursprung nimmt, welche nach aussen von dem oberen Theile des Vaguskerns liegt, und welche man jetzt als den inneren Acusticuskern betrachtet.

Eine ganz besondere Ansicht vom Ursprung des Nervus glossopharyngeus hat Roller ausgesprochen. Er glaubt, dass dieser Nerv nur einen Kern in der Medulla oblongata hat, welcher fast in gleicher Ebene mit dem Vaguskern, gleich nach hinten von ihm, in der hintersten Abtheilung des centralen Höhlengrau's der Oblongata beginnt.

Ein wenig höher nähert sich diesem Kerne der hier schon abgesonderte Fasciculus solitarius. Dann geht nach und nach der Glossopharyngeuskern in die Räume zwischen den Fasern dieses Fasciculus über und geht schliesslich ganz in seiner grauen Substanz auf. — Diese Untersuchungen von Roller blieben, so viel ich weiss, uncontrolirt und fast unbeachtet. Die Mehrzahl der Forscher, wie gesagt, halten für den Glossopharyngeuskern die obere Fortsetzung des Vaguskerns, ohne die Grenze zwischen diesen beiden Kernen genau zu bestimmen.

Meine Untersuchungen in diesem Gebiete haben mich zu Resultaten geführt, die ziemlich gleich mit den von Roller behaupteten sind.

Die Wurzeln des Nervus glossopharyngeus erreichen, nachdem sie einzeln durch die Substanz der Medulla oblongata von vorne und aussen nach hinten und innen gezogen sind, die vordere Ecke des dreieckigen Feldes des grauen Bodens der Rautengrube. Hier biegen sie rechtswinklig nach unten um, die Hauptmasse des Fasciculus solitarius bildend. Man kann schon im Bereiche des Eintritts der Glossopharyngeuswurzeln sehen, dass aus dem Fasciculus solitarius einzelne feine Nervenfasern austreten, nach vorn und etwas nach innen ziehen und bald im Antheile des grauen Bodens verschwinden, welchen man als den äusseren Theil des allgemeinen Vago-Glossopharyngeuskerns betrachtet (Meynert). Dieser Antheil hat an den oberen Ebenen der Oblongata im Querschnitt die Gestalt eines unregelmässigen Vierecks, das an Breite bedeutend den inneren Theil des Vagusglossopharyngeuskerns übertrifft. Von diesem letzteren unterscheidet sich der äussere Antheil durch die Form und die Einrichtung seiner Zellen.

Die Zellen des inneren Theiles sind zahlreich, mittelgross und oval, mit einem grossen hellen Kern, liegen eng neben einander und sind mit wenig Zwischensubstanz umgeben. Der innere Theil ist dem Aussehen nach der gelatinösen Substanz des Hinterhorns sehr ähnlich. Die Menge der Zwischensubstanz ist weit grösser, als die der Nervenzellen, welche zerstreut in der ganzen Breite, aber besonders in der nächsten Umgebung des Fasciculus solitarius liegen. Diese Zellen unterscheiden sich von den anderen Zellen des centralen Höhlengrau's durch die Gestalt und die Grösse. Die Mehrzahl der Zellen sind spindelförmig, mit zwei Fortsätzen, aber es giebt nicht wenig dreieckige Zellen mit drei Fortsätzen, von welchen man bisweilen einen ziemlich weit zu verfolgen im Stande ist. In der Mitte jeder Zelle bemerkt man einen kleinen Kern, welcher an Haematoxylinpräparaten hell scheint. Die Grösse der Zellen schwankt nach meinen Messungen zwischen 23 und 30 mikra Länge und 10 und 13 mikra Breite.

Wenn man die Querschnitte der Medulla oblongata von oben nach unten nacheinander untersucht, so kann man sich leicht überzeugen, dass an allen Ebenen aus dem Fasciculus solitarius die Fasern austreten, welche im äusseren Theile des centralen Höhlengrau verschwinden, wo sie scheinbar in das dichte in die Zwischensubstanz gelagerte Fasernetz übergehen. Im Bereich des Schlusses des Centralkanals kann man sehen, dass der sogenannte äussere Antheil des Vago-Glossopharyngeuskerns allmählig vom äusseren nach dem hinteren Theil des centralen Höhlengrau übergeht und nach dem Schlusse des Kanals in seinem hintersten Theile liegt. Hier nimmt er eine ovale Form an mit einer von innen und hinten nach aussen und vorn gerichteten Längsaxe. Darin bemerkt man dieselben Nervenzellen und dieselben Fasern, welche aus dem Fasciculus solitarius austreten. Doch hier ziehen diese Fasern nicht einzeln, sondern bündelweise. Ein solches Bündel, nachdem es aus dem Fasciculus solitarius ausgetreten ist, zieht bisweilen gerade in die Mitte der ovalen Abtheilung des centralen Höhlengrau hinein, bisweilen aber theilt es sich zuerst in zwei Bündelchen, welche an der Grenze der ovalen Abtheilung hinziehen und ihre Fasern allmählig in die letzte schicken. Ungefähr am unteren Ende des Hypoglossuskerns endigt auch diese Abtheilung. Der Fasciculus solitarius, welcher hier mehr als um die Hälfte seiner Breite vermindert ist, besteht aus mehreren dünnen

Bündeln von Längsfasern, welche in die Längsfasern der Formatio reticularis übertreten; weiter nach unten kann man sie nicht verfolgen. Auf Grund dieser meiner Untersuchungen kann ich behaupten, dass der sensorische Kern des Nervus glossopharyngeus sich nicht an der von Clarke und Meynert angenommenen Stelle befindet, sondern eine Ausdehnung nach der Länge der Oblongata, wie auch der hintere Vaguskern hat, indem er sich in der grauen Substanz des Bodens der Rautengrube nach aussen vom Vaguskern und nach dem Schlusse des Centralkanals nach hinten von ihm befindet. Der Fasciculus solitarius ist, meiner Meinung nach, hauptsächlich die Wurzel des Nervus glossopharyngeus.

III.

Ueber einen Fall von einseitigem Beweglichkeitsdefect des Bulbus nach oben.*)

Von Dr. W. Koenig in Dalldorf.

Der Fall, welchen ich hier in Kürze beschreiben möchte, betrifft einen 14jährigen Knaben, welcher im August 1891 in die Dalldorfer Idiotenanstalt aufgenommen worden ist. Der Vater des Patienten, welcher aus einer phtisischen Familie stammte, starb selbst an Pthise. Die Grossmutter mütterlicherseits litt an Epilepsie. Die Mutter will gesund sein. Von 5 Geschwistern des Patienten sind zwei an „Gehirnhautentzündung“ gestorben; ein Knabe kam todt zur Welt (Nabelschnurvorfall); von den zwei lebenden Geschwistern hat ein Bruder eine Scoliose, der andere ist gesund. Schwangerschaft und Geburt verliefen normal; als Pat. 5 Wochen alt war, bekam er plötzlich, scheinbar ohne eine bestimmte Ursache, epileptische Anfälle, welche auch jetzt noch ab und zu auftreten. Dieselben hielten damals 14 Tage lang fast ohne Unterbrechung an. Pat. erholte sich dann langsam, hat sich aber geistig nur sehr wenig entwickelt.

Somatisch bietet er augenblicklich, abgesehen von dem etwas missgebildeten Schädel und von dem gleich zu schildernden Augenbefunde nichts besonderes. Die Untersuchung der Augen ergab nun folgendes:

Beim Blick gerade aus sieht man, dass der rechte Bulbus eine Spur nach unten abgelenkt ist; die Cornea wird nicht ganz so weit von dem oberen Augenlide bedeckt, wie dies linkerseits der Fall ist. Beim Blick nach oben bewegt sich der rechte Bulbus gar nicht; es ist hier also nicht nur die Function des m. rectus superior, sondern auch die des m. obliquus inferior aufgehoben, wenigstens ist von der für die Wirkung dieses Muskels characteristischen Radbewegung nichts zu sehen.

Beim Blick nach unten geht der rechte Bulbus weiter als der linke, weil die Wirkung der Antagonisten in Wegfall kommt. Die Bewegungen nach innen und aussen sind frei; nur scheint es manchmal, als wenn das rechte Auge nicht ganz bis in die Endstellung geht.

Ptosis ist nicht vorhanden; Pupillenreaction, Augenhintergrund normal, Gesichtsfeld nicht zu prüfen; es bestehen ferner beiderseits ganz geringe

---

*) Der Fall wurde am 1. December 1892 in der Gesellschaft der Charité-Aerzte vorgestellt.

Linsentrübungen. Die Sehschärfe ist nur unbedeutend herabgesetzt. Farbensinn intact. Die Untersuchung auf Doppelbilder ergiebt ein negatives Resultat. Die Herren Collegen, Privatdocent Dr. Stöltzke und Privatdocent Dr. Silex, hatten die Güte, sich für den Fall zu interessiren und haben beide den eben geschilderten Augenbefund bestätigt.

Es wird sich nun fragen, wo wir den Sitz der diesen Beweglichkeitsdefect verursachenden Erkrankung zu suchen haben, und welcher Art diese Erkrankung ist.

Was die erste Frage anbelangt, so ist ein peripherischer Sitz der Affection wohl mit einiger Sicherheit auszuschliessen; man kann sich nicht gut vorstellen, wo ein peripherischer Process sitzen sollte, der eine einzige Bewegung des Bulbus vollständig zum Ausfall bringt, ohne die übrigen im Geringsten zu stören. Aus demselben Grunde kann auch von einer fasciculären Erkrankung nicht die Rede sein. Der bekannte Thomsen'sche Fall*) kann als ein Beweis gegen diese Annahme nicht angesehen werden.

In diesem Fall fand sich bei der Untersuchung folgendes: Beide Augen sind in der Richtung nach rechts, links und unten in normaler Ausdehnung beweglich — höchstens besteht eine Andeutung von Insufficienz in den angegebenen Blickrichtungen — bei den Versuchen, die Augen nach den Seiten oder nach unten zu bewegen, tritt deutlicher Nystagmus hervor. Dagegen besteht beim Blick nach oben eine ganz erhebliche Beschränkung: Patient vermag die Augen kaum über die Horizontale zu erheben und ergänzt den Defect durch Erheben des Kopfes. Die Unmöglichkeit, die Bulbi nach oben zu bewegen, konnte während des weiteren Verlaufes der Krankheit immer wieder in deutlichster, gleichbleibender Weise constatirt werden. Auch trat bis zum Tode des Kranken keine Beschränkung der übrigen Blickrichtungen hinzu.

Bei monoculären Beweglichkeitsprüfungen ergab sich dasselbe Resultat, nur zeigte sich der Defect in der Beweglichkeit nach oben am rechten Auge noch etwas hochgradiger als am linken. Die Diagnose wurde auf „einen pathologischen Process im Kerngebiet der Oculomotorii, d. h. in der Vierhügelgegend", stellt.

Die Section hingegen ergab eine gummöse Neubildung „in der Höhe des Austrittes des M. oculomotorii, also in dem kleinen Raume zwischen Corpora mamillaria und vorderem Ponsrand einerseits und zwischen den Hirnschenkeln andererseits.

So ausserordentlich merkwürdig nun dieser Fall auch ist, so wiederhole ich, kann er meines Erachtens nicht als Beweis für die Möglichkeit eines peripheren Sitzes des Leidens in dem vorliegenden Falle angezogen werden. In dem Thomsen'schen Falle handelt es sich erstens um eine doppelseitige Affection und zwar nur um eine Beschränkung der Beweglichkeit der Bulbi, nicht um einen vollständigen Ausfall; zweitens giebt Thomsen selbst zu, dass eine leichte Insufficienz der übrigen Bewegungen vorhanden war, für deren Existenz schon der vorhandene Intentionsnystagmus sprechen würde. In unserem Falle waren die übrigen Augenbewegungen frei; der Umstand,

*) Ein Fall von isolirter Lähmung des Blickes nach oben mit Sectionsbefund. (Arch. f. Psych., Bd. XVIII, H. 2.)

dass das rechte Auge nicht immer ganz in die Endstellung nach aussen ging, hat mich nicht veranlassen können, „eine Schwäche des rechten Abducens“ anzunehmen.

Es bleibt also nur übrig, eine centrale, eine Kernerkrankung, anzunehmen. —

Leider sind wir noch nicht in der Lage, die Centren der einzelnen Augenmuskeln innerhalb der Oculomotoriuskerngruppe angeben zu können, mit Ausnahme des Centrums für den Levator palpebrae, welches durch die anatomische Untersuchung eines Falles von congenitaler Ptosis durch Siemerling*) festgestellt worden ist. Derselbe Autor hält es für sehr wahrscheinlich, dass das Centrum für die Heber des Bulbus im hinteren lateralen Abschnitt der Oculomotoriuskerngruppe zu suchen ist. —

Mit welcherArt der Erkrankung haben wir es hier zu thun?

Wenn wir hören, dass Pat. einige Wochen nach der Geburt 14 Tage lang fast ununterbrochen epileptische Anfälle gehabt hat, so wäre der Gedanke, dass es während der Zeit zu capillären Blutungen in die Oculomotoriuskerne gekommen ist und dass sich die in Folge dessen eingetretene Augenmuskellähmung bis auf den jetzt vorhandenen Defect zurückgebildet habe, vielleicht nicht ganz von der Hand zu weisen. Indessen scheint mir eine derartige Ursache der Erkrankung gerade in diesem Fall nicht sehr wahrscheinlich zu sein, weil die Reste einer überstandenen Oculomotoriuslähmung meines Wissens mehr in einer Insufficienz des einen oder anderen Augenmuskels, als gerade in einem vollständigen Ausfall einer einzelnen Bewegung ihren Ausdruck finden.

Die Möglichkeit hingegen, dass eine capilläre Blutung lediglich das Centrum für die Bulbusheber zerstört hat, ist ja zuzugeben, obgleich dies immerhin ein höchst merkwürdiger Zufall sein würde. Am meisten für sich hat wohl die Annahme, dass es sich um eine congenitale Erkrankung handelt, entweder um eine partielle nucleare Entwicklungshemmung oder um eine während des foetelen Lebens überstandene Kernerkrankung. Für ein congenitales Leiden spricht, wie ich glaube, auch das Fehlen oder wenigstens das nur andeutungsweise Vorhandensein einer secundären Ablenkung des rechten Bulbus nach unten. —

Angeborene Augenmuskellähmungen sind ja nicht so ungewöhnlich selten. Meistens handelt es sich um Lähmung des rectus externus oder des Levator palpebrae. Zu der congenitalen Ptosis gesellt sich zuweilen eine Beweglichkeitsbeschränkung des Bulbus nach oben. Dass ein solcher Fall, wie der vorliegende, von einseitigem vollständigen Ausfall der Bulbusbewegung nach oben bei Intactsein der übrigen Bewegungen bereits beschrieben worden ist, ist mir nicht bekannt, wenigstens bin ich bei Durchsicht der Litteratur einem einschlägigen Falle nicht begegnet.

Wie wichtig für die Localisationslehre der Augenmuskeln es sein, würde, einen solchen Fall gelegentlich anatomisch untersuchen zu können braucht wohl kaum noch besonders betont zu werden.

---

*) Archiv für Psych,, Bd. XXIII, H. 3.

II. Bibliographie.

223) **Oelzelt-Newin**: Ueber sittliche Dispositionen.
(Verlag von Leuschner und Lubensky-Graz,)

Es ist interessant zu sehen, wie in einer anscheinend gesetzmässigen Weise gegenwärtig dieselben Ideen und Bestrebungen auftauchen, welche sich im dritten Viertel des vorigen Jahrhunderts vor dem grossen Kantschen Vernichtungsschlage gezeigt haben. Damals wie jetzt rief man nach empirischer Psychologie. Die Individual-Psychologie und die Individual-Psychopathologie standen im Vordergrund des Interesses, wie sie auch jetzt vielleicht bald im Vordergrund stehen werden. Damals schrieb Feder über den menschlichen Willen, jetzt schreibt Oelzelt-Newin über sittliche Dispositionen; beide wollen eigentlich dasselbe: eine empirisch begründete Affectenlehre. Wer sich für die psychologischen Grenzgebiete unserer Wissenschaft interessirt, sei auf das Buch hingewiesen.

Sommer.

---

224) **Schultze**-Dresden: Vergleichende Seelenkunde. Erstes Buch: Nervensystem und Seele oder allgemeine Grundzüge der physiologischen Psychologie.

„Das Seelische ist so wirklich wie irgend ein Naturgegenstand, und der Seelenforscher desshalb so gut Naturforscher, wie der Pflanzenkundige". — Auch dieses Buch gehört in die empirische Psychologie. Manchmal wird einem Fachmediciner bei den stark in's Medicinische gehenden Ausführungen des Verfassers etwas ängstlich zu Muthe. Die populären Darstellungen solcher wissenschaftlicher Dinge haben etwas sehr missliches: Um das Verständniss zu erleichtern, müssen Bilder aus dem Leben genommen werden, welche auf die physiologischen Vorgänge nur sehr schwer passen. Z. B. heisst es: „Das verwickelte und doch so geordnete Getriebe im Organismus lässt sich der Arbeitstheilung in einer Fabrik vergleichen." Dieses Bild wird nun unter Verwendung der Begriffe Rohstoff, Waare, Import, Oberleitung, Fabrikherr, Gehilfe, Comptoir bis in's Einzelne durchgeführt. Einen physiologisch Denkenden stört das. Mir erscheinen die rein psychologischen Theile des Buches besser als die medicinisch-physiologischen. Sehr gross ist das Vertrauen, welches der Verfasser zu den physiologischen Studien der Psychiater hat: Pg. 39 werden eine Anzahl von Pulskurven, die an Geisteskranken aufgenommen wurden, reproducirt und psychophysiologisch verwerthet: „Auch die Pulskurve c stammt von einem Wahnsinnigen, aber sie enthält noch kraftvolle Züge, hier ist noch ein Vorrath von Lebensenergie, welcher zur Genesung führen kann: es ist die Pulskurve eines heilbaren Wahnsinnigen. Trostlos matt schleppt sich die Kurve d des Blödsinnigen dahin. Die Pulskurve e zeigt durch ihre Regellosigkeit, dass wir es mit dem paralytischen Blödsinn, dem letzten jammervollen Verfallszustande eines durch verschiedene Stadien hindurchgegangenen Verrückten zu thun haben". Beim Lesen dieser positiven Wissenschaft wird es einem ordentlich wohl um's Herz: Ja, wenn die Psychiatrie so einfach wäre! Wenn wir erst die Schreibapparate hätten, die uns mit Sicherheit die Prognose der psychopathischen Zustände verriethen! — Es ist wirklich ein schlimmes Ding, eine

physiologische Psychologie zu schreiben, ohne Fachmediciner zu sein. — Im Allgemeinen jedoch kann das Buch trotz mancher dem Mediciner fühlbaren Mängel als orientirende Uebersicht annehmbar erscheinen.

Sommer.

---

225) Festschrift zur Feier des 50jährigen Jubiläums der Anstalt Illenau' herausgegeben von den jetzigen und früheren Illenauer Aerzten **Schüle v. Krafft-Ebing, Kirn, Neumann, Fr. Fischer, Eickholdt, Wilser, Landerer, Dietz.**

Diese Festschrift ist mehr als eine der öfter bei solchen Gelegenheiten herausgegebenen Sammlungen von ganz unzusammenhängenden Arbeiten. Sie bezeichnet gewissermassen principiell das umfassende Gebiet der neueren psychiatrischen Wissenschaft. Die anatomische, psychologische und sociale Seite dieser vielgestaltigen Wissenschaft wird in gleicher Weise berücksichtigt. Zuerst entwickelt Schüle in der „Festrede, mit Ausblick auf einige psychiatrische Gegenwarts-Fragen und Zukunfts-Aufgaben" sozusagen das allgemeine Programm. In gedrängter Kürze werden eine Reihe von Problemen mit einem weit über die Grenzen der einen Anstalt gerichteten Ausblick als Aufgabe für die Irrenärzte hingestellt: (pg. 24). Namentlich entbehrt für uns psychische Aerzte die pathologisch-anatomische Seite der Gehirnkenntniss noch fast ganz des Ausbaues, und gerade diese ist für uns die wichtigste": pg. 25. „Noch unmittelbarer sprechen uns die Aufgaben an, welche der klinische Weiterbau unserer Disciplin aus der täglichen Krankenbeobachtung uns in nicht enden wollender Fülle vorlegt". In Bezug auf die psychologischen Probleme hebt Schüle besonders das Erforschen der individuellen Art des Einzelfalles hervor, zu dessen Erklärung die Beschaffenheit der socialen Atmosphäre viel beiträgt. „So führt die anfängliche rein psychologische Betrachtung naturgemäss in die anthropologische und social-psychologische hinein". Schüle's Ausblicke reichen in der That weit; möge die von ihm angestrebte Vereinigung von Bestrebungen im allgemeinen Rahmen der Psychiatrie zur Wahrheit werden! —

Die folgenden Arbeiten können in gewissem Sinne als Ausführungen einzelner Sätze dieser Programmrede dienen. Das Anatomische vertritt Fischer-Pforzheim mit seiner Arbeit über „Ammonshornveränderungen bei Epileptischen", und Neumann-Badenweiler mit den „Beobachtungen über Schädelbrüche, Gehirnerschütterung und Shock"; — das allgemein Psychopathologische Wilser-Karlsruhe mit dem Aufsatz: „Die Vererbung der geistigen Eigenschaften", und Dietz: „Ueber die Simulation von Geistesstörung"; — das klinisch-Psychologische v. Krafft-Ebing: „Zur Differentialdiagnose der Dementia paralytica und der Neurasthenia cerebralis", und Eickholdt-Grafenberg: „Beitrag zur Kenntniss der acuten Formen der Verrücktheit; — die sociale Seite der Psychiatrie vertritt Kirn mit der Abhandlung über „Geistesstörung und Verbrechen"; — schliesslich behandelt N. Landerer die Therapie mit dem Aufsatz: „Duboisinum sulfuricum bei psychischen Erregungszuständen der Frauen". — Kurz, diese Festschrift bietet ein gutes Bild aller der verschiedenen Gesichtspunkte und

Bestrebungen, welche sich jetzt in der Psychiatrie, dieser hoffnungsfreudigen Wissenschaft, vereinigen. Wir werden auf einige der Arbeiten genauer zurückkommen. Sommer.

---

226) **Goldscheider**: Diagnostik der Nervenkrankheiten. 286 Seiten. (Verlag von Kornfeld-Berlin. 1893.)

„Das Buch soll ein Rathgeber für die Kranken-Untersuchung sein, nicht ein Lehrbuch, und wird nur für Denjenigen verwendbar sein, welcher die ausführlichen Vorträge des Lehrers und Klinikers in sich aufnimmt". (cfr. Einleitung). Im Hinblick auf dieses wesentlich diagnostische Ziel ist das vorliegende Compendium entschieden als gelungen zu bezeichnen. Es enthält eine sehr vollständige und übersichtliche Zusammenstellung der Symptome und Untersuchungsmethoden, sowie der topischen Diagnostik und berücksichtigt in einer für den Lernenden practischen Weise die specielle Diagnostik (cfr. pg. 187—280). Sommer.

---

227) **Möbius**: Abriss der Lehre von den Nervenkrankheiten. 180 S. (Verlag von Abel-Leipzig. 1893.)

„Den Kopf klar zu machen, vermag wohl auch ein kleines Buch. In diesem Sinne ist der „Abriss der Lehre von den Nervenkrankheiten" verfasst. Er wendet sich an die, denen es nicht an der Masse des Stoffes gelegen ist, sondern an der Zusammenfassung des Wesentlichen und besonders an der Klarheit der Auffassung."

Möbius verabscheut das blosse Wissen und will hauptsächlich zum Denken, zum zusammenfassenden Verstehen anleiten. Das Grundprincip in diesem unter der Form eines Compendiums auftretenden wissenschaftlichen Versuche ist die Frage nach der Ursache.

Daraus resultirt die Eigenthümlichkeit der Anordnung. „Es war auch nicht zu vermeiden, dass Auffassungen, die jetzt noch von manchen Seiten bestritten sind, als endgültige hingestellt wurden". — Die Symptomatologie wird entsprechend der Hauptabsicht des Verfassers cursorisch behandelt (pg. 7—24). In lapidarer Kürze sind die Bemerkungen über die Therapie der Nervenkrankheiten (pg. 25—31) gehalten. Kurz, aber eindringlich! „Die Erkenntniss der Ursache der Krankheit ist weitaus das Wichtigste in der Pathologie' weil sie der Grundstein einer rationellen Therapie ist". Den eigentlichen Geist dieser beim ersten Blick sehr lückenhaft erscheinenden Therapie kann man nur würdigen, wenn man die therapeutische *πολυπραγμοσύνη* und die vergänglichen Moden in der Therapie kennt. — Ganz principiell durchgeführt ist der Abschnitt über Localisationslehre. M. hat schon früher ausgesprochen, dass er nur eine von Beobachtungen am Menschen abstrahirte Localisationslehre haben will. Entsprechend ist er hier verfahren, ohne sich in principielle Erörterungen einzulassen. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt in der im speciellen Theil (pg. 71—180) gegebenen Eintheilung der Krankheiten. Unseren Lesern, die M.'s Arbeit im Augustheft vorigen Jahres gelesen haben, werden diese Gedankengänge schon vertraut sein. M. behandelt zuerst die exogenen Nervenkrankheiten, welche greifbare oder wenigstens zu vermuthende äussere Ursachen haben, dann die endogenen Nervenkrankheiten. Unter den ersteren finden sich

auch Chorea und Morbus Basedowii, ferner mit „unbekannter Ursache“: multiple Sclerose, Paralysis agitans, primäre Degenerationen der motorischen Bahnen, Gliosis spinalis, acute und chronische Myelitis. Unter den endogenen Nervenkrankheiten werden abgehandelt: Nervosität, Hysterie, Epilepsie, Hemicranie, Chorea chronica, Thomsen'sche Krankheit, Dystrophia muscul. progress., Friedreich'sche Krankheit. — Im Einzelnen kann man manchmal von Möbius abweichender Meinung sein, im Ganzen wird man das consequente und zum selbstständigen Denken anregende der Arbeit anerkennen müssen. — Im Grunde ist sie kein Compendium im gewöhnlichen Sinn, sondern ein lapidares Programm für ein künftiges Lehrbuch der Psychoneurologie.

Sommer.

---

228) **Paul Sollier**: Guide pratique des maladies mentales.
(Masson, Paris 1893.)

Dieses Compendium hat in seiner ganzen Beschaffenheit Aehnlichkeit mit dem oben besprochenen neurologischen Compendium von Goldscheider. Es will wie dieses den Lernenden hauptsächlich zum Diagnosticiren erziehen und zeichnet sich genau wie dieses durch eine sehr genaue Symptomatologie und Beschreibung der Untersuchungsmethoden aus. „Ce qui manque en effet le plus, dans les ouvrages de médecine mentale, c'est le côté seméiologique. Or c'est précisément le point, qui importe le plus au médecin praticien. Ecrire un livre, qui lui donne le moyen sans notions spéciales de médecine mentale, de remonter d'un trouble mental quelconque aux autres phénomènes qui lui permettront, par leur groupement, d'établir le diagnostic de la forme nosographique à laquelle il appartient, et par suite de prévoir l'évolution de cette forme et de prendre les mesures, que nécessitent le traitement du malade, sa sécurité et celle de son entourage, tel a été notre but“. Und wenn es überhaupt möglich ist, das Diagnoticiren in der Psychiatrie aus Büchern zu lernen, so muss dieses Buch als diagnostisches Erziehungsmittel begrüsst werden. Besonders practisch ist die klare Zusammenstellung der differential-diagnostischen Möglichkeiten, deren rasches Uebersehen ja für die wirkliche Diagnostik ausserordentlich wichtig ist. Für Denjenigen, der sich für „vergleichende Psychiatrie“ interessirt, wird dieses Buch eines französischen Collegen im Hinblick auf die in den deutschen Lehrbüchern vertretenen Lehren viel Anregendes haben.

Sommer.

---

229) **Roth**-Berlin: Die Doppelbilder bei Augenmuskellähmung in symmetrischer Anordnung.
(Verlag von Hirschwald-Berlin. 1893.)

Eine sehr übersichtlich angeordnete Tafel, die jedem Practiker zur raschen Orientirung zu empfehlen ist.

Sommer.

---

230) **Oppenheim**: Die traumatischen Neurosen. 2. Auflage. 253 Seiten.
(Verlag von Hirschwald-Berlin. 1892.)

In Bezug auf die traumatischen Neurosen ist in den letzten Jahren die Frage der Simulation in den Vordergrund gerückt worden. Die bezüg-

lichen Veröffentlichungen haben nach Oppenheim (cfr. Vorrede zur zweiten Auflage) „in geradezu überraschender Weise gezeigt, wie die mangelhafte Kenntniss der functionellen Neurosen und Psychosen selbst hervorragende Aerzte zu diagnostischen Irrthümern und Fehlschlüssen verleiten kann". Auch nach des Referenten Ansicht ist die neuere Litteratur über Simulation und traumatische Neurose zum Theil ein Beleg dafür, dass jedem practischen Arzt eine psychiatrische Ausbildung noththut, während von Seiten der Reichsregierung anscheinend immer noch keine Anstalt getroffen wird, die Psychiatrie als obligatorisches Examensfach einzuführen. Oppenheim's sehr zu empfehlendes Buch muss Jedem, der die einschlägigen Verhältnisse kennt, ein neuer Sporn sein, für die Einführung der Psychopathologie in das medicinische Staatsexamen einzutreten.

Sommer.

---

231) **Kurella**: Cesare Lombroso und die Naturgeschichte des Verbrechers. (Verlag von J. F. Richter-Hamburg 1892. 51. S.)

Diejenigen von unseren Lesern, welche sich diese kurze kritische Darstellung von Lombroso's Lehren und Schaffen noch nicht angeschafft haben, seien hierdurch kurz darauf hingewiesen. „Täglich übergeben die Gerichtshöfe Hunderte von Angeklagten, die sie wenige Stunden gesehen, deren Schuld bewiesen scheint, aber unerklärt bleibt, der Strafanstalt, wo das Individuum dem Reglement verfällt, um nach Ablauf einer meist zu kurzen Frist körperlich geschwächt, moralisch meist für immer corrumpirt, wieder auf die schutzlose Menschheit losgelassen zu werden."

Wie sehr auch die Meinungen darüber auseinandergehen, was an die Stelle unseres Strafvollzugs treten müsste, — darüber wenigstens kann nach K. kein Zweifel sein, „dass zu dem Resultate der Analyse des Verbrechens die genaueste Kenntniss des Verbrechers treten muss". — Von diesem Standpunkt aus würdigt Kurella in völlig unparteiischer und durchaus kritischer Weise das Verdienst Lombroso's, worin man K. beistimmen kann, selbst wenn man sich der Lehre von den Degenerationszeichen gegenüber im Einzelnen skeptisch verhält.

Sommer.

---

232) Dr. **Lahmann**: Die diätetische Blutentmischung als Grundursache aller Krankheiten.

(Spamer-Leipzig 1893. 192 S.)

Schon längst macht sich bei den Cellularpathologen ein allgemeines Schütteln des Kopfes bemerkbar. Als der Tuberculin-Enthusiasmus durch die Welt ging, flüsterte man sich in's Ohr, die ganze Sache sei doch eigentlich Humoralpathologie. Für die Nervenpathologen kamen nun noch die unglaublich klingenden Berichte über Besserung mehrerer Krankheiten, z. B. Myxoedem nach verschiedenen Einspritzungen, von Schilddrüsenextract u. a. dazu. Die Wissenschaft geht vom festen Boden der Anatomie auf die luftigen Höhen der Chemie. Jedenfalls ist es Zeit, diese humoralpathologische Strömung in der theoretischen und practischen Medicin in's Auge zu fassen. Das vorliegende Buch ist ein solches Zeichen der Zeit. Greifen wir nur einige Stellen heraus.

Pg. 125. „Für mich ist es ein unumstösslicher Beweis dafür, dass die diätetische Dysaemie: Alcalie- bezw. Natronmangel, Wasser- und Kochsalzüberschuss des Blutes und der Gewebe die Grundbedingung für das Zustandekommen aller nervösen Störungen ist; dass eine diesbezügliche Therapie bei den functionellen nervösen Störungen fast stets von absolutem, d. h. dauerndem Erfolge begleitet ist".

„Für die destructiven Veränderungen, die Zerstörungen im Nervensystem dürfte die Zurückführung auf die diätetische Dysaemie nicht minder zutreffend sein."

Pg. 126. „Bei einer spinalen Kinderlähmung (Poliomyelitis anterior acuta), die ja so gerne mit rachitischen Ernährungsstörungen zusammenfällt, dürfte es sich um eine einfache acute Selbstvergiftung wegen mangelnder Neutralisation der Säuren handeln, die an den Rückenmarkscentren, die den vielbeschäftigten Armen und Beinen vorstehen, denn diese Stellen der grauen Vorderhörner des Rückenmarks sind ja die beliebtesten Sitze, ihren verderblichen Einfluss ausübten". — Wenn die Humoralpathologie, welche ja unbestreitbar neben der physikalischen Medicin eine historisch beglaubigte Existenzberechtigung hat, nicht wieder in Phantastereien verfallen soll, wie es im Lauf der Medicingeschichte mehrfach geschehen ist, bedarf sie vor allem einer ganz exacten experimentellen Haematologie.

Sommer.

---

233) **Kreidmann**-Altona: Der Nervenkreislauf, anatomisch und experimentell nachgewiesen und als ätiologische Grundlage zur Behandlung aller chronischen und acuten Krankheiten des Menschen (einschliesslich des chronischen Fussgeschwürs) bearbeitet von etc.

Hier haben wir ebenfalls eine Frucht am Baume der Humoralpathologie. Ich muss es den Fachgenossen überlassen, zu entscheiden, ob litterarische Paranoia vorliegt oder nicht. Ich hebe nur eine Stelle heraus: pg. 131. „Acut ist die Krankheit, wenn der Blutkreislauf von einem Gifte befallen ist. Chronisch ist eine Krankheit, wenn der Nervenkreislauf von einem Gifte befallen ist".

Sommer.

---

234) **Charcot**: Poliklinische Vorträge. Uebersetzt von Sigm. Freud. II. Lieferung.

(Verlag von Deuticke-Wien. 1893.)

Es sei auf dieses vorzügliche Studienmittel nochmals bei Gelegenheit der zweiten Lieferung hingewiesen. Besonders für diejenigen Psychiater, die in ihren Anstaltsstellungen relativ wenig rein neuropathologische Fälle zu sehen bekommen, bieten diese Vorträge im Hinblick auf ihre früher erworbenen neuropathologischen Kenntnisse einen besseren Ersatz für die wirkliche Nervenklinik als viele Lehrbücher.

Sommer-Würzburg.

---

235) **Gugl** und **Stichl**: Neuropathologische Studien.

(Verlag von Enke-Stuttgart. 1892.)

Es liegt hier ein mehr wissenschaftlich gewendeter Anstaltsbericht vor. 1884 machte v. Krafft-Ebing den Verfassern, seinen langjährigen

Schülern, den Vorschlag, mit ihm ein Sanatorium für Nervenkranke, besonders im Hinblick auf die der Anstaltsbehandlung bedürftigen schweren Formen der Hysterie und Hypochondrie, zu errichten. Ueber ihre 6jährige wissenschaftliche Thätigkeit an dieser bei Graz errichteten Anstalt berichten die Verfasser. Der Anstaltsbericht wird mit wissenschaftlichen Bemerkungen besonders über den Begriff „Hypochondrie", Neurasthenie, Hysterie, Morphinismus begleitet. Dann folgt ein „Beitrag zur Behandlung nervöser Störungen des Verdauungstractes" von Dr. Stichl, schliesslich eine Abhandlung von Dr. Gugl über „die Grenzformen schwerer cerebraler Neurasthenie", auf die wir vielleicht später noch zurückkommen.

Sommer.

---

236) **Grashey**: Experimentelle Beiträge zur Lehre über die Blutcirculation in der Schädel-Rückgratshöhle.

(Verlag von Lehmann-München. 1892.)

Es treten in neuerer Zeit in der Gehirnphysiologe eine Anzahl von Schriften an's Licht, die trotz mancher Streitpunkte im Einzelnen — doch eine gemeinsame Eigenthümlichkeit haben, dass sie nämlich in einem gewissen vielleicht unbewussten Gegensatze zu der morphologischen Gehirnbetrachtung eine mathematisch physikalische Methode anwenden. An Stelle des Microscopes wird die mathematische Formel und die Deduction gesetzt. Diese an verschiedenen Stellen auftauchenden Schriften hätten alle Anlage, sich zu einer bestimmten Schule zu verdichten, wenn nicht ihren Vertretern ihre Verschiedenheiten intensiver zum Bewusstsein gekommen wären, als ihre Gemeinsamkeiten.

Für die Psychoneurologen ist diese Art der Gehirnbetrachtung vor allem desshalb wichtig, weil nun endlich einmal mit den schematischen Begriffen von Gehirnanämie und Hyperämie, mit welchen immer noch manche Psychiater eine Scheinerklärung vieler cerebraler Zustände und Aeusserungen zu geben suchen, gründlich aufgeräumt wird. Da ein ausführlicher Bericht zu meinem Bedauern über den Rahmen dieser Zeitschrift hinausgeht, so will ich wenigstens ohne Anspruch auf Vollständigkeit folgende in Betracht kommende Schriften nennen:

1. Richard Geigel: Die Circulation im Gehirn und ihre Störungen. Sitzungsbericht der Würzburger physikalisch medic. Gesellschaft. XII. Sitzung vom 20. Juli 89.

2. Geigel: Die Circulation im Gehirn und ihre Störungen. Virch. Archiv, Bd. 119, 1890, Heft 1, pg. 93.

3. Geigel: Die Mechanik der Blutversorgung des Gehirns. Stuttgart-Enke 1890.

4. Geigel: Die Mechanik des apoplectischen Insults bei Embolie. Sitzungsbericht der Würzburger physik. med. Gesellschaft 1890. XI. Sitzung vom 31. Mai 1890.

5. Geigel: Die Circulation im Gehirn und ihre Störungen. II. Die Mechanik des apoplectischen Insultes bei Embolie. Virchow's Archiv f. path. Anat. und Physiol., 121 Bd., 1890.

6. Lewy-Berlin: Die Regulirung der Blutbewegung im Gehirn. Virchow's Arch. etc., 122 Bd., 1890.

7. Geigel: Die Circulation im Gehirn und ihre Störungen. III. Vertheidigung der Grundgesetze. Virch. Arch., Bd. 123, H. 1, pg. 27.

8. Geigel: Die Circulation im Gehirn und ihre Störungen. IV Der apoplectische Insult bei Hämorrhagia cerebri. V. A., Bd. 125, 1891.

9. Prof. Grashey: Experimentelle Beiträge zur Lehre von der Blutcirculation In der Schädel-Rückgrathöhle. München 1892.

Wir haben die vorstehenden inhaltlich zusammengehörigen Schriften in chronologischer Ordnung aufgeführt, um den Lesern eine bequeme Orientirung über die Controversen, betr. die Blutcirculation im Gehirn, zu ermöglichen, durch welche das Problem der feineren Gehirnmechanik in den Vordergrund rückt.

Dass die rein anatomische Richtung, welche zur Zeit in der Psychiatrie noch ziemlich die alleinherrschende ist, nothwendiger Weise einer Ergänzung bedarf, ist offenes Geheimniss. Während nun einerseits die Psychologie im Princip eine Ergänzung dieser physikalischen Richtung anstrebt, erhebt sich diese aus dem Primitivzustande der rein anatomischen „Statik“ zu dem der mathematisch-physikalischen „Dynamik“. Zugleich tritt in diesen Schriften das Gefährliche dieser Methode deutlich hervor. Ist schon bei microscopisch-anatomischen Befunden die Möglichkeit des Irrthums und der abweichenden Meinungen sehr gegeben, wie viel schwerer wird die Verständigung bei langen Deductionen auf Grund von complicirten Voraussetzungen. Es ist desshalb auch fast unmöglich, im Rahmen eines Referates diesen Streit über Gehirnmechanik genau darzulegen. Wir wollen desshalb auf diese mathematisch-physikalische Richtung der Gehirn-Physiologie und -Pathologie nur kurz hinweisen.

Sommer.

---

237) **Koenig**: Ueber Gesichtsfeld-Ermüdung und deren Beziehung zur concentrischen Gesichtsfeldeinschränkung bei Erkrankung des Centralnervensystems.

(Verlag von Leopold Voss-Leipzig.)

Die vorliegende Broschüre ist als eine Fortsetzung und Ergänzung der im vorigen Jahre von Dr. H. Wilbrand und Dr. A. Saenger herausgegebenen „Ueber Sehstörungen bei functionellem Nervenleiden“ anzusehen. — Die wichtigsten Symptome des von Wilbrand mit „nervöser Asthenopie“ bezeichneten Symptomencomplexes sind, die Gesichtsfeldermüdung betreffend, folgende:

a) Die Ermüdung tritt sowohl bei anfangs normalem wie bei von vornherein concentrisch eingeschränktem Gesichtsfelde auf;
b) die Ermüdung ist am Anfange am grössten und nimmt bei weiteren Ermüdungstouren ab;
c) die temporale Seite ermüdet in stärkerem Maasse als die nasale.
d) in nicht allzu seltenen Fällen tritt die Ermüdung nur auf der temporalen Seite auf;
e) die Ermüdung tritt zuweilen in oscillatorischer Form auf, in sehr seltenen Fällen als centrales bezw. paracentrales Ermüdungsscotom;
f) das Gesichtsfeld lässt sich zuweilen bis zum Fixationspunkte ermüden.

Verfasser beschränkt sich ebenso wie Wilbrand darauf, obige Verhältnisse nur entsprechend dem horizontalen Meridian festzustellen, da dies in den allermeisten Fällen genügend sei und man damit viel genauere Resultate erziele, als wenn man nach Förster sämmtliche Meridiane in den Bereich der Untersuchung ziehe.

Das Prüfungsobject wird vom temporalen Rande des Perimeters nach der nasalen Hälfte geführt, Ein- und Austrittsstelle vermerkt. An der nasalen Grenzstelle angelangt, wird sofort umgekehrt nach der temporalen Seite zurück. Verschwindet nun das Object ungefähr an derselben Stelle, an welcher es in das Gesichtsfeld eintrat, so kann man annehmen, dass das Gesichtsfeld nicht ermüdbar ist. Ist es aber ermüdbar, so verschwindet das Object an der temporalen Seite schon vor der zuerst markirten Eintrittsstelle. Das Gleiche wird auf der nasalen Seite der Fall sein.

Lässt man nun in gleicher Weise verschiedene Ermüdungstouren folgen, so rücken die Grenzen mehr herein, bis schliesslich die Ermüdung gewöhnlich schon nach 4 Touren zum Stillstand kommt, d. h. das Gesichtsfeld durch weitere Ermüdungstouren nicht weiter eingeschränkt werden kann. Den nicht mehr ermüdbaren Theil des Gesichtsfeldes nennt Wilbrand das „minimale Gesichtsfeld“, in analoger Weise W. König das anfängliche Gesichtsfeld das „maximale“. — Für Farben ermüdet das Gesichtsfeld in derselben Weise wie für Weiss.

Im Ganzen kamen zur Untersuchung 214 brauchbare Fälle (96 M. 118 Frauen). Veränderungen am Gesichtsfeld (d. h. concentrische Einschränkung mit oder ohne Ermüdung bezw. Ermüdung bei sonst normalem, Gesichtsfeld) fanden sich in 74 Fällen (13 M., 61 Fr.), wobei die Grenzfälle (Fälle, bei denen man zweifelhaft sein konnte, ob eine Einschränkung des Gesichtsfeldes anzunehmen ist) mit eingerechnet sind. Von diesen 74 Fällen wurden 43 wiederholt untersucht. — In 18 Fällen wurde versucht, künstlich einen Einfluss auf die functionellen Störungen im Bereiche des Gesichtsfeldes auszuüben und zwar durch Galvanisation des Kopfes, dann durch Einathmung von Amylnitrit und in einem oder dem anderen Fall auch durch Einathmung von Amoniak, Chloroform, Aether. In einem Falle wurde der Einfluss der Hypnose auf das normale Gesichtsfeld bei einer Hysterischen eingehend verfolgt. Verf. fand dabei Einengung desselben. Morawczik fand regelmässig Erweiterung des Gesichtsfeldes bei Hysterischen während der Hypnose. Das Gesichtsfeld war vor der Hypnose eingeengt.

Die 74 Fälle mit positivem Resultate vertheilen sich der Krankheitsform nach wie folgt:

1. Einfache Seelenstörungen 8 (2 M., 6 W.);
2. Dementia paralytica 4 (2 M., 2 W.);
3. Organische Gehirnerkrankungen anderer Art 2 M.;
4. Alcoholismus chronicus 3 W.;
5. Hysterie bezw. Hystero-Neurasthenie 33 (1 M., 32 W.);
6. Hysterie und Epilepsie 6 (1 M., 5 W.);
7. Epilepsie bezw. Epil. alcoh. 9 (1 M., 8 W.);
8. Posttraumatische Erkrankungen 9 (4 M., 5 W.).

Die 140 Fälle ohne pathologischen Gesichtsfeldbefund zerfallen in:

1. Einfache Seelenstörungen 35 (8 M., 27 W.);
2. Hysterie 12 W.;
3. Epilepsie 30 (22 M., 8 W.);
4. Alcoholismus chronicus 10 (9 M., 1 W.);
5. Dementia paralytica 27 (26 M., 1 W.);
6. Andere organische Gehirnerkrankungen 14 (7 M., 7 W.);
7. Posttraumatische Erkrankungen 12 (11 M., 1 W.).

Verf. bestätigte durch seine Untersuchungen im Wesentlichen die Befunde von Wilbrand, ausserdem stellte er eine Anzahl neuer Thatsachen fest.

1. Die Ermüdung hörte häufig schon nach der ersten Tour auf.
2. Die Ermüdung kam meist auf beiden Gesichtsfeldhälften zu gleicher Zeit zum Stillstand; zuweilen hörte sie auf der nasalen Seite früher auf als auf der temporalen.
3. Trat während der ersten Tour keine Ermüdung ein, so erwies sich das Gesichtsfeld als nicht ermüdbar.
4. In zwei Fällen liess sich der blinde Fleck durch systematische Ermüdung erweitern und zwar nur auf der temporalen Seite.

Ausserdem stellte K. noch einige Eigenthümlichkeiten und Abarten des oscillirenden Gesichtsfeldes und der Ermüdung fest. In letzterer Beziehung konnte er hie und da die Thatsache einer einseitigen Ermüdung feststellen. Verf. glaubt, dass letzteren Fällen eine gewisse principielle Bedeutung für die Frage nach der Localisation der Ermüdungserscheinungen zukomme. Es folgen die Ansichten der Autoren über diesen Punkt, die theils für centralen Ursprung, theils für peripheren Sitz der Anomalie sind.

Verf. hält die von ihm des öftern constatirte einseitige Ermüdung für eine erhebliche Stütze der Wilbrand'schen Wahrscheinlichkeitshypothese. Wilbrand sagt: Befällt ein nervöser Zustand vornehmlich den vorderen Abschnitt des optischen Nervensystems, dann würden wir für die Dauer desselben jene sogenannten Ermüdungserscheinungen bei anfänglich normalem Gesichtsfeld erhalten; würde aber das optische Wahrnehmungscentrum mit afficirt sein, dann würde eine allgemeine concentrische Einschränkung des Gesichtsfeldes schon im Beginn der Untersuchung vorhanden sein und das Gesichtsfeld liesse sich durch systematische Ermüdung noch weiter einschränken.

Was speciell die concentrische Gesichtsfeldeinschränkung anbetrifft, so fand Verf. unter 74 Fällen folgendes:

a) Lediglich concentrische Einschränkung ohne Ermüdung in 32 Fällen;
b) lediglich concentrische Einschränkung mit Ermüdung in 19 Fällen;
c) lediglich Ermüdung bei normalem Gesichtsfeld in keinem Fall;
d) Ermüdung abwechselnd bei normalem und bei concentrisch eingeschränktem Gesichtsfelde in 5 Fällen;
e) concentrische Einschränkung, abwechselnd mit und ohne Ermüdung in 21 Fällen.

Diese Befunde stimmen im Ganzen und Grossen mit den Resultaten von Thomsen und Oppenheim überein. — Verf. ist mit den ebengenannten und Wilbrand der Ansicht, dass den Fällen mit nur geringgradig eingeschränktem Gesichtsfelde eine nicht zu unterschätzende Bedeutung zukomme.

Die Localisation der genannten Störungen des Gesichtsfeldes betreffend, fasst Verf. seine Ansicht in Folgendem zusammen: „Die Ermüdungserscheinungen sind mit einer an Gewissheit grenzenden Wahrscheinlichkeit retinalen Ursprungs, während die Entstehung von doppelseitiger concentrischer Gesichtsfeldeinschränkung wenigstens in einem Theil der Fälle als durch eine functionelle Störung der Hirnrinde bedingt anzusehen ist.

In den anderen Fällen — namentlich kommen hier in Betracht solche, bei denen die concentrische Einschränkung constant einseitig ist, sowie solche, bei denen eine Verschiebung der Farbengrenzen (doppelt- oder einseitig) beobachtet wird — kann man an die Möglichkeit einer Mitwirkung der Psyche bezw. an eine Störung im peripheren Theil des optischen Apparates denken. Eine bestimmte, für alle Zeit feststehende Erklärung für diese Vorgänge lässt sich vorläufig noch nicht abgeben.

Weiterhin bespricht Verf. kurz das Verhalten der Sehschärfe, das gleichzeitige Vorkommen von Insufficienz der Interni und Sensibilitätsstörungen, die Beziehung der Gesichtsfeldveränderungen zu dem allgemeinen geistigen und körperlichen Befinden, die künstliche Beeinflussung des Gesichtsfeldes, etwas eingehender das Verhalten bei den posttraumatischen Erkrankungen.

Zum Schluss wird die Frage von der Simulation der Gesichtsfeldeinschränkung erörtert und theilt Verf. diesbezügliche an sich selbst angestellte Versuche mit. Er hält für gewöhnliche Verhältnisse höchstens die Simulation eines hochgradig concentrisch eingeschränkten Gesichtsfeldes für möglich.

Die Darstellung und Anordnung an und für sich ist sehr geschickt, doch werden auch durch diese neueste Litteraturbereicherung über diese Verhältnisse kaum alle Zweifler bekehrt werden und dürfte eine diesbezügliche in grösserem Maassstabe vorgenommene Untersuchung sowohl an völlig normalen Personen der verschiedensten Stände und Altersklassen, als auch solcher, die anderweitige bis jetzt nicht in Betracht gezogene Störungen sp. von Seiten der Augen bieten, sehr am Platze sein.

Bach-Würzburg.

---

238) Dr. **Albert Moll**: Der Rapport in der Hypnose, Untersuchungen über den thierischen Magnetismus.

[Leipzig bei Ambr. Abel (Arth. Meiner) 1892. 242 S. Preis 8 Mk.]

In seinem neuen Buche behandelt Moll, dessen treffliche Werke über Hypnotismus und conträre Sexualempfindung wir seiner Zeit in dieser Zeitschrift anzeigten, eine Reihe Fragen, die sowohl mit dem Hypnotismus, als auch mit dem angeblichen thierischen Magnetismus im Zusammenhang stehen. Von den Anhängern des letzteren ist es oft versucht worden, Beweise für dessen Bestehen zu erbringen. Besonders sollten Heilerfolge, die die Magnetiseure erzielten, das Vorhandensein einer besonderen physikalischen Kraft erweisen. Doch wird mit vollem Recht hiergegen eingewendet, dass die neueren Arbeiten über Suggestion die therapeutischen Erfolge nicht beweis-

kräftig erscheinen lassen. Nun aber giebt es noch eine besondere Erscheinung, die den thierischen Magnetismus stützen sollte und von Moll einer kritischen Untersuchung unterzogen wurde. Es handelt sich um die Rapporterscheinungen. Wenn man eine empfängliche Person durch die sogenannten mesmerischen Striche in Schlaf versetzt, so zeigt sich mitunter, dass sie nur demjenigen gehorcht, der sie eingeschläfert hat, dass sie aber für andere Personen taub zu sein scheint. Diese Beobachtung wurde nun vielfach gemacht und ist bis in die neueste Zeit als ein Beweis dafür angesehen worden, dass man es mit einer besonderen physikalischen Kraft bei den mesmerischen Strichen zu thun hätte. Moll hat aber objectiv die Frage studirt, und zwar gemeinsam mit Mitgliedern der Berliner Gesellschaft für Experimentalpsychologie. Besonders instructiv und beweisend, allerdings gegen die Existenz des thierischen Magnetismus, sind die Versuche, die Moll als Täuschungsexperimente bezeichnet. Sie sind in grosser Zahl gemacht worden und können in der That als schlagende Beweise gegen den Magnetismus verwerthet werden. Es seien nur folgende Versuche erwähnt: Ein Individuum X. ist von M. durch mesmerische Striche eingeschläfert worden. Andere Anwesende werden von X. nun ignorirt; Dr. Dessoir z. B., der sich bei den Versuchen gleichfalls betheiligte, vermag einen Einfluss auf X. nicht auszuüben. Um festzustellen, ob hierbei wirklich eine besondere Kraft nothwendig sei, oder ob es sich um einen bloss psychischen Vorgang handelte, machten die Experimentatoren Controlversuche in folgender Art: Es werden X. die Augen verbunden, und nachdem dies geschehen, stellt sich M. vor X. hin, ohne dass X. es aber merkt, tritt unhörbar auch D. heran und macht nun ganz in der Art wie vorher M. mesmerische Striche. Nachdem der Schlafzustand eingetreten, stellt sich heraus, dass X. nur auf M. reagirt, nicht aber auf D., der ihn doch in Wirklichkeit mesmerirt hat. Aus solchen zahlreich modificirten Versuchen ergab sich nun, dass (wenn die Täuschung geschickt eingeleitet war, so dass das „Sujet“ nicht merken konnte, wer es magnetisirte) dann ein Rapport niemals mit Demjenigen eintrat, der es in Wirklichkeit magnetisirt hatte, sondern immer mit dem, von dem es glaubte, magnetisirt zu sein.

Auch zahlreiche andere Versuche wurden gemacht. Sie erstreckten sich auf die Telepathie, auf die Magnetisirung von Objecten, ferner auf das automatische Schreiben, das gleichfalls gegen den thierischen Magnetismus verwerthet werden konnte. Moll erwähnt, dass einer der betheiligten Experimentatoren — an den Versuchen nahmen eine ganze Reihe Forscher Theil — besonders in dem Rufe steht, die specifische Kraft des thierischen Magnetismus zu besitzen, dass aber auch die von ihm vorgenommenen Experimente in keiner Weise einen Beweis für das Vorhandensein des Magnetismus liefern konnten.

Wir konnten in dem engen Raume eines Referates natürlich nur die Hauptpunkte der umfang- und inhaltsreichen Arbeit vorführen und rathen Jedem, der sich für die hier behandelten Fragen, deren Bedeutung nicht gering anzuschlagen ist, interessirt, zur Lectüre der mit grossem Fleisse und Umsicht angestellten Untersuchungen Moll's.

Rosenbach.

III. Original-Vereinsberichte.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

(Sitzung vom Montag, 13. März 1893.)

Ströbe: Ueber eine neue Färbungsmethode der Achsencylinder.

Die in Müller'scher Flüssigkeit und Alcohol gehärteten Präparate werden in Celloidin eingebettet; die Schnitte kommen dann in eine frische concentrirte (filtrirte) wässerige Lösung von Anilinblau 10 Minuten bis 1 Stunde; Abspülen in Wasser; dann kommen sie in eine alcalische Alcohollösung (von einer 1% Aetzkali enthaltenden Alcohollösung thut man 20 Tropfen in eine Schale mit absolutem Alcohol); die blaue Farbe verwandelt sich in eine braune; hierin bleiben die Schnitte eine Minute oder länger (je nach der Dicke der Schnitte); dann kommen sie 10 Minuten lang in Aqua dest. Aus dem Wasser bringt man sie nun $^1/_4$ Stunde lang in eine concentrirte wässerige Saffraninlösung, die zur Hälfte mit Wasser verdünnt ist; alsdann Differenzirung in Alc. abs., bis die Schnitte eine blass-blaurothe Farbe haben; Aufstellung in Xylol; Einbettung in Xylolbalsam.

Die Achsencylinder müssen blau, die Kerne roth aussehen; die Glia blau, die Markscheiden blassblau. Die Präparate halten sich gut.

Bernhard: Krankenvorstellung.

Es handelt sich um eine eigenthümliche krampfartige Affection bei einem Kranken im Bereich des peroneus longus. Man bemerkt hier clonische Zuckungen (über 120 in der Minute), welche dem Fuss eine eigenthümliche Stellung geben, der Metatarsus der grossen Zehe wird basalwärts gezogen, der Fuss befindet sich in Valgusstellung. Diese Zuckungen bestehen andauernd. Die Fussbewegungen sind im Uebrigen frei. Keine Sensibilitätsstörungen; keine sonstigen Zeichen von Hysterie. Der Zustand soll schon seit $^5/_4$ Jahren bestehen; früher sollen choreaartige Bewegungen im übrigen Körper vorhanden gewesen sein. Die Zuckungen hören, sobald man den Fuss mit Gewalt in Pesvarusstellung bringt, auch wenn man die Hand dann wegnimmt, auf. Electrische Erregbarkeit normal. Therapie bis jetzt ohne Erfolg.

Siemerling: Demonstration von Präparaten eines mit Ophthalmoplegie complicirten Falles von Paralyse.

Falk: Ueber combinirte Erregungszustände im Nervensystem.

F. hat gefunden, dass, wenn man bei Hunden zu gleicher Zeit vom Gehirn und vom Rückenmark aus dieselben Muskeln zur Contraction bringt, meist nur eine einfache Summation der Reize a + b eintritt, sondern eine Wirkung a + b $\times$ einer bestimmten Grösse. Dieser Zuwachs zeigt sich noch, wenn die secundäre Hirnrindenreizung schon aufgehört hat.

An der Discussion betheiligen sich ausser dem Vortragenden Gad und Jolly.

König.

IV. Referate und Kritiken.

239) **J. Leonhard Corning** (New-York): „The localisation of the action of remedies upon the brain by intranasal medication and compression of the internal jugular veins.“ (Die Localisation der Einwirkung von Heilmitteln auf das Gehirn mit Hilfe intranasaler Anwendung und Compression der ven. jugul. int.)

(The Medic. Record, 31. Dez. 92.)

Es ist bekannt, dass narcotische Mittel, gerade wie alle andern, in flüssiger Form von der Nasenschleimhaut leicht und schnell resorbirt werden; und ebenso weiss man, dass die Wirkung dieser Mittel um so grösser ist, je länger sie sich in den Theilen aufhalten, deren Störungen sie beseitigen sollen. Auf Grund dieser Thatsachen versuchte Verf. eine Reihe neurasthenischer Symptome, namentlich Kopfschmerz, Vollgefühl im Kopfe u. s. w. dadurch zu bekämpfen, dass er Lösungen von Morph., Atropin, Hyoscin u. s. w. in die Nasenhöhlen einspritzte und dann nach Verlauf von 10—15 Minuten die beiden Ven. jugul. int. etwa 20—45 Minuten lang comprimirte. Der Erfolg war in allen Fällen, deren Verf. eine Anzahl mittheilt, glänzend: schon nach wenigen Minuten pflegten jene Symptome zu verschwinden. — Ist die Nasenschleimhaut krank, so soll das Mittel unter dieselbe eingespritzt werden. — Zur Compression der Venen bedient sich Verf. zweier schröpfkopfähnlichen Metallglocken, die durch eine Halsbinde über jenen festgehalten werden; sie stehen mit einer Luftpumpe in Verbindung. Wird vermittelst derselben die Luft in der Glocke verdünnt, so zieht sich die unterliegende Haut in sie hinein und die Venen werden durch den Rand der Glocke zusammengedrückt.

Voigt.

---

240) Prof. **N. Popoff** (Warschau): Zur Pathologie des Kniephänomens. 1892.

Verf. beschreibt zwei Fälle von Abweichungen in der Erscheinung der Sehnenreflexe. In dem ersten Falle, bei typischer Muskelatrophie der rechten unteren Extremität, durch Erkrankung des Kniegelenks hervorgerufen, fehlte der Patellarsehnenreflex rechts, während er an dem linken gesunden Bein stark gehoben war. — In dem zweiten Falle war eine Neubildung im rechten Sehhügel vorhanden, welche sich auf den Boden des vierten Ventrikels, theils auch auf die Substanz des Mittelhirns, erstreckte. Bei Eintritt des Kranken in das Hospital war das Kniephänomen klar ausgesprochen, — zwei Wochen später begann es an beiden Seiten zu sinken; — dann verschwand es an dem linken Beine allmählig völlig, an dem rechten Beine aber trat an Stelle des gesunkenen Kniephänomens während zweimal 24 Stunden stark gehobener Reflex ein, wonach er wieder zu sinken begann bis auf völliges Erlöschen. Auf Grund der Daten der Litteratur und seiner eigenen Schlussfolgerungen meint Verfasser, dass die Reflexcentren im Rückenmark in enger Abhängigkeit sowohl von den Einflüssen stehen, welche von der Peripherie, als auch von denen, die von der Rinde stammen.

P. Kowalewsky.

---

241) **Pellizzi** (Reggio): Sulle modificazioni che avvengono nel midollo spinale degli amputati.

(Riv. sper. di freniatria 1892, Bd. 18. H. I.)

In den zahlreichen Beobachtungen über die Rückenmarksveränderungen nach Amputationen eines Gliedes, die zumal in den letzten Jahren die Aufmerksamkeit der Forscher erregt haben, fügt Verf. 2 neue von Individuen bei, die 10 resp. 11 Jahre nach einer Femur- resp. Humerusamputation verstorben sind. Er fand eine auf eine kurze Strecke begrenzte Atrophie der postero-lateralen Gruppe des Vorderhorns; eine auf- und absteigende Atrophie des Burdach'schen Stranges, des seitlichen Grenzbündels, des Hinterhorns und der Clarke'schen Säule; eine nur aufsteigende Atrophie im Goll'schen Strange und im Vorderstrange der entgegengesetzten Seite.

Hiermit werden die Befunde der übrigen Autoren verglichen und die Bedeutung der einzelnen atrophischen Theile besprochen.

Strauscheid.

---

242) **A. Dutil** et **H. Lamy** (Paris): Contribution à l'étude de l'artérite oblitérante progressive et des névrites d'origine vasculaire. Valeur séméiologique de la claudication intermittente pour le diagnostic précoce des oblitérations arterielles des membres.

(Archives de méd. expér. et d'anatom. pathol. 1893, Nr. 1.)

Bekanntlich hat Charcot seit dem Jahre 1858 auf das den Thierärzten schon lange bekannte intermittirende Hinken als auch in der menschlichen Pathologie gar nicht selten vorkommend hingewiesen. Dieser eigenartige Symptomencomplex lässt uns schon frühzeitig die arterielle Erkrankung erkennen, welche, wenn nicht eine geeignete Therapie eingeschlagen wird, mit Sicherheit zur Gangrän führt. Dass aber eine geeignete Behandlung, nämlich die absolute Ruhe, oft von ausgezeichnetem und 10 und mehr Jahre anhaltendem Erfolge gekrönt sein kann, das weisen die Verfasser an einigen Beispielen aus der Praxis Charcot's nach. Andererseits beschreiben dieselben ausführlich einen letal verlaufenen Fall eines 40jährigen Mannes; derselbe war nie Syphilitiker, Alcoholiker oder Diabetiker. 1887 litt er an intermittirendem Hinken, dann an Cyanose und heftigen Schmerzen des rechten Fusses; 1888 und 89 zeigte sich Gangrän der Zehen, die beiderseits amputirt wurden; 1890 wurde der rechte, 1892 der linke Unterschenkel amputirt. Tod in Folge von Lungenkrankheit, wahrscheinlich embolischer Natur. Bei der Autopsie fand sich eine typische, schwere Arteriitis obliterans (Friedländer's) und eine Degeneration der peripheren Nerven. Letztere ist offenbar von der ersteren abhängig; auf ihr beruhen wohl die stets der Gangrän vorausgehenden sehr heftigen Schmerzen. In den letzten Zeiten ist das intermittirende Hinken auch als Folge einer Phlebitis der Beine, wie im Verlaufe gewisser hysterischer oder neurasthenischer Zustände genannt worden; aber diese Thatsachen, welche darauf hindeuten, dass intermittirendes Hinken auch ohne Arterienobturation vorkommen kann, sind noch von zu geringer Anzahl, um der so wichtigen Gruppe des Hinkens in Folge von Ischaemie gegenübergestellt werden zu können.

Strauscheid.

---

243) **George J. Preston:** Some contributions to the study of the muscular sense.

(The journal of nervous and mental disease. Aug. 1892.)

Verf. spricht in dieser Abhandlung kurz von dem Lagegefühl der Glieder. Dasselbe ist eine von den übrigen Sensibilitätsarten verschiedene Gefühlsform und muss besondere Leitung haben. P. nimmt an, dass die Leitungsfasern des Lagegefühls durch die Hinterstränge und die corpora restiformia zum Kleinhirn aufsteigen. In drei Fällen von Kleinhirntumoren war das Lagegefühl stark beeinträchtigt (in einem fehlte es vollkommen), während die allgemeine Sensibilität erhalten war. Vom Kleinhirn soll die Bahn durch den vorderen Theil des hinteren Drittels des hinteren Abschnittes der inneren Kapsel zur Hirnrinde sich erstrecken. Wenigstens beobachtete Verf. in einem Falle von thrombotischer Erweichung der inneren Kapsel bei einem Syphilitiker absolutes Fehlen des Lagegefühls auf der rechten gelähmten Seite bei erhaltener sonstiger Sensibilität; erst nach mehreren Monaten entwickelte sich auf der gelähmten Seite eine Hyperästhesie. Bei der Autopsie fand sich, dass der Erweichungsherd etwas auf das hintere Drittel des hinteren Abschnittes der inneren Kapsel übergriff.

Strauscheid.

---

244) **P. Sérieux:** Des formes diverses d'agraphies et en particulier de l'agraphie d'origine sensorielle.

(Bullet. de la société d'anthropologie de Paris 1892, S. 33.)

Zwei interessante klinische Beobachtungen veranlassten Sérieux, neben den schon bestehenden Formen von Agraphie — secundäre Agraphie nach motorischer Aphasie (Trousseau, Kussmaul) und rein motorische Agraphie (Charcot, Pitres, Ballet) — als dritten Typus die Aphasie sensoriellen Ursprungs aufzustellen. Das klinische Bild derselben characterisirt sich durch die aufgehobene Fähigkeit, auf irgend eine Art und Weise zu schreiben trotz Erhaltenseins der motorischen Fähigkeit (Intactheit der psychomotorischen Centren) und durch das gleichzeitige Bestehen von Wortblindheit (Zerstörung des Centrums für die visuellen graphischen Bilder).

Die zwei Beobachtungen sind folgende: In dem ersten Falle handelt es sich um eine Frau, bei der sich plötzlich corticale Taubheit, Paraphasie Wortblindheit und Aphasie einstellten. Keine intellectuellen und motorischen Störungen. Das Lesen der gedruckten und geschriebenen Worte war unmöglich, trotzdem die Buchstaben gesehen wurden. Beim Versuche zu schreiben brachte es die Kranke nur dazu, nicht zu entziffernde Zeichen zu machen. Später gelang es ihr zwar, wieder gewisse Buchstaben zu schreiben, aber nicht zu Worten zusammenzusetzen. Bei der Section fand sich die 2. und 3. Stirnwindung intact, dagegen zwei Erweichungsherde in der Höhe der beiden gyri angulares (pli courbe), einer in der Höhe der retroinsulären Region und ein vierter an der unteren Partie des lobus temporo-occipitalis. — Im zweiten Falle bestanden gleichfalls keine motorischen Störungen, auch keine Worttaubheit, keine motorische Aphasie, dagegen ausgesprochene Wortblindheit und totale Agraphie. Gesichtssinn vollständig intact. Die rechte Hand war im Stande, alle Bewegungen auszuführen, auch correct die Feder zu ergreifen, vermochte jedoch nur unleserliche

Zeichen zu malen. Auch hier besserte sich der Zustand insofern, als die Kranke wieder die Buchstaben zu schreiben lernte, aber ohne Verständniss für die Worte. Die Section ergab nur einen Erweichungsherd, der den lobulus paracentralis infer. sin. und den gyrus angularis zerstört hatte. Die motorischen Windungen waren vollständig intact.

Buschan-Stettin.

---

245) **B. Sachs**: A further contribution to the pathology of arrested cerebral development.

(The journal of nervous and mental disease, Aug. 1892.)

Unter den schweren cerebralen Störungen der Kindheit existirt eine kleine Gruppe, welche die schwerste Form der Idiotie darstellt und besonderes Interesse verdient. Diese Form der Erkrankung kommt leicht bei mehreren Kindern derselben Familie vor; während diese Kinder sich bis zum 5. bis 8. Monate gut zu entwickeln scheinen, beginnt nach dieser Zeit eine auffallende allgemeine Entwicklungsstörung; alle cerebralen Functionen, sensorische wie motorische, nehmen ab, das Kind wird idiotisch, blind, mehr oder weniger gelähmt und geht nach einer Reihe von Monaten an Marasmus zu Grunde. Die frühe Entwicklung von Blindheit neben Idiotie in allen diesen Fällen (S. sah deren 6) zeigt, dass der krankhafte Involutionsprocess in gleicher Weise die frontalen, parietalen und occipitalen Theile des Gehirns ergreift. Kürzlich hatte Verf. Gelegenheit, aus derselben Familie, welche ihm den ersten derartigen Sectionsfall geliefert hatte, einen zweiten Fall zu beobachten und nachher anatomisch zu untersuchen. Das Kind entwickelte sich bis zum 8. Monate gut, machte dann aber stetige Rückschritte. Mit 13 Monaten konnte es den Kopf nicht mehr aufrecht halten, konnte nicht mehr sitzen; es war blind, der Lichtreflex fehlte; es kannte keinen Unterschied zwischen Geräuschen, die Extremitäten waren etwas spastisch; das Kind machte keine spontanen Bewegungen etc. Nach 6 Monaten war auch das Gehör völlig aufgehoben, keine Spur mehr von Geist. Tod im 20. Lebensmonate. Bei der Autopsie waren der Windungstypus wesentlich normal, desgleichen Rückenmark und Hirnstamm. Dagegen liessen die Ganglienzellen der Hirnrinde deutliche Degeneration erkennen; Entzündungserscheinungen bestanden nicht, Blutgefässe normal. Irgend eine bestimmte Ursache für diese agenesis corticalis (wie Syphilis, Alcoholismus, Nervenkrankheiten etc. der Eltern, Trauma während Schwangerschaft etc.) konnte Verfasser in seinen Fällen nicht nachweisen; wir sind also darüber noch gänzlich im Unklaren.

Strauscheid.

---

246) **Goldzieher**: Ein Fall von tuberculöser Geschwulst in den Vierhügeln mit Ophthalmoplegia bilateralis.

(Centralbl. f. pr. Augenheilk. 1893, Febr.)

5jähriger Knabe, erkrankt Ende Jan. 91 unter hohem Fieber, mit Anschwellung des Gesichts und Zahnschmerzen. Seitdem Abmagerung, schwankender, dann taumelnder Gang, Schlafsucht. Dazu Lähmung sämmtlicher vom N. III versorgten Augenmuskeln. Pupille und Accommodation, Sehschärfe, Augenhintergrund und übrige Hir nerven normal. Der Augenbefund blieb unverändert, die Schlafsucht wurde (April 91) geringer

und wich einem apathischen Zustand, häufig unterbrochen von Convulsionen. Tod 23. Mai 91.

Die Section ergiebt einen haselnussgrossen Solitärtuberkel im Corpus quadrigeminum bei macroscopisch normalem centralem Höhlengrau. Aquaeductus Sylvii etwas verengt.

Verf. zieht folgende Schlüsse:

1. Ein das ganze Gebiet der Vierhügel einnehmender Tumor braucht nicht mit Blindheit verknüpft zu sein.
2. Eine typische, sogar mit Schlafsucht einhergehende Ophthalmoplegia exterior totalis (Mauthner) braucht nicht durch primäre Veränderungen in den centralen Oculomotoriuskernen bedingt zu sein.
3. Ophthalmoplegie, combinirt mit Schwanken und Coordinationsstörungen in den unteren Extremitäten, gestatten auf den Sitz der Erkrankung in den Vierhügeln einen Schluss zu ziehen.
4. Spastische Zuckungen in den Extremitäten, verknüpft mit allgemeinen epileptiformen Convulsionen, können durch Vierhügelläsionen allein verursacht werden.

Heddaeus (Essen).

---

247) **S. T. Armstrong**: „Apoplexy of the medulla oblongata". Aus The New-York Pathological Society, Sitzung vom 28. Sept. 92.

(The Medic. Record, 5. Nov. 92.)

Ein 45jähriger Mann bekam 14 Tage, nachdem er durch Fall einen Rippenbruch erlitten hatte, plötzlich heftigen Kopfschmerz, Schwindel, Neigung, nach rechts zu stolpern. Dabei bestand Taubheit der rechten Körper- und Gesichtshälfte, theilweise Parese des rechten Armes und Beines, die bald auch die linke Gesichtshälfte ergriff, Schwierigkeit zu articuliren und zu schlucken, Schlaflosigkeit, Eiweiss- und etwas Zuckergehalt im Urin, keine objectiven Sensibilitätsstörungen. Nach wenigen Tagen traten Delirien auf, Pat. fiel beim Versuche, zu stehen, auf die rechte Seite, der Puls wurde unregelmässig und schneller, die Respiration verlangsamte sich und hörte endlich ganz auf, während das Herz noch lange fortschlug. Sectionsbefund: Kleine Hämorrhagie (mit secundärer Erweichung in der rechten Seite der Medull. oblong. zwischen Pyramide und Olive).

Voigt.

---

248) **Le Gros Clark**: Two cases of concussion of the spinal cord.

(The Lancet. 14. Mai 1892, pag. 1076.)

1. Fall: 20jähriger Mann stürzt beim Tragen einer Last und erleidet einen Stoss auf den Rücken und eine Quetschung des Abdomen. Nach kurzer Bewusstlosigkeit findet er Aufnahme im Spital, wo eine Fractur des process. spinos. des 4. Lendenwirbels mit Depression nachgewiesen wird. Untere Extremitäten kalt, paralysirt; Urinretention, Rückenschmerzen. Völliger Sensibilitätsverlust von 2—3 Zoll oberhalb des Nabels, abwärts die ganzen Extremitäten betreffend. Nach 2 Tagen beginnt die Sensibilität in den Weichen und in der Nabelgegend zurückzukehren. Nach weiteren 4 Tagen ist die Sensibilität ganz hergestellt und die Controlle über die Blase wieder gut. Nach weiteren 6 Tagen gesund entlassen.

2. Fall: 49jähriger Mann stürzt im berauschten Zustande eine Reihe Steinstufen herab. Bei der Aufnahme im Spital waren die unteren Extremitäten kalt, das Gefühl beträchtlich vermindert; grosse Empfindlichkeit in der Lumbalgegend. Nach 18 Tagen Spitalaufenthalt gesund entlassen.

R. Wichmann.

---

249) Prof. Dr. **W. Erb** (Heidelberg): Syringomyelie? — oder Dystrophia muscularis + Hysterie? — Casuistische Mittheilung. —
(Neurol. Centralbl. 1893, Nr. 6.)

Ein 26jähriger, erblich nicht belasteter Zimmergeselle, welcher im 21. Lebensjahre wegen Starrkrampfes 3 Monate in einem Krankenhaus gelegen haben will, erlitt im December 90 einen Unfall durch Sturz auf die rechte Schulter, welche nach einigen Tagen unter zunehmender Schmerzhaftigkeit anschwoll. Nachdem er 9 Wochen im Spital behandelt worden war, begann der rechte Arm zusehends abzumagern und schwächer zu werden. Bei der Aufnahme am 18. November zeigte er das klinische Bild der Dystrophia muscularis progr. adult. (rechts die meisten Schultermuskeln mehr oder weniger geschwunden, Cucullaris beiderseits fast ganz fehlend, Latissimus dorsi links nur noch angedeutet, Supraspinatus beiderseits etwas atrophisch, Infraspinatus hypervoluminös; Supinator longus beiderseits ganz, Biceps, Brachialis und Triceps erheblich atrophirt; keine fibrillären Zuckungen, keine EaR.). Die weitere Untersuchung ergab aber ausserdem auf der rechten Körperseite eine scharf ausgeprägte dissociirte Hemianästhesie, welche nur den Tastsinn, den stereognostischen Sinn und das Muskelgefühl nicht betraf und eine complete rechtsseitige Anosmie. Daneben wurde Cyanose, Schrunden und kleine Blasen an beiden Händen und Steigerung der vasomotorischen Reizbarkeit der Haut constatirt.

Gegen Syringomyelie sprach der deutliche Typus der Dystrophie, die genaue Abgrenzung der Empfindungslähmung in der Mittellinie, das Fehlen von Schmerzen, von Parästhesieen, die isolirte Betheiligung des Trigeminusgebietes, während die anderen bulbären Nerven nicht afficirt waren, und die Mitbetheiligung des Geruchssinnes an der Hemianästhesie, was bisher nur ausnahmsweise bei Syringomyelie beobachtet worden ist. Die trophische Störung an den Händen ist auf die Dystrophie zu beziehen. Die Dissociation der Empfindung (Hypalgesie und Thermhypästhesie bei erhaltener Tastempfindung), welche man bisher geradezu als typisch für Syringomyelie angesehen hat, kommt auch bei Tabes und anderen spinalen Nervenerkrankungen, besonders häufig aber bei Hysterie vor. Für dieselbe spricht ausserdem die scharfe Abgrenzung, die Mitbetheiligung eines Sinnes und das vorangegangene Trauma.

Die Diagnose: Dystrophia muscularis progr., combinirt mit traumatischer, hysterischer Anästhesie, wurde durch den frappanten Erfolg der faradischen Behandlung bestätigt. Nach 8 Wochen war Patient von seiner Hemianästhesie vollständig geheilt.

Hoppe.

---

250) **E. Berger**: Du larmoiement dans le goêtre exophthalmique.
(Le Bulletin médic. 1893, Nr, 21, 15. März.)

Der übermässige Thränenfluss bei Morbus Basedowii kann nicht durch den Exophthalmus oder den seltenen Lidschlag bedingt

sein, wie verschiedene Autoren annehmen. Beweis sind zwei Beobachtungen Berger's und eine Verneau's, in denen vermehrtes Thränenträufeln jedem anderen Symptom der Basedow'schen Krankheit vorausging. Vielmehr sind die Störungen der Thränensecretion bei diesem Leiden als eine Neurose der secretorischen Nerven aufzufassen. Im Anfange der Krankheit befinden sich dieselben in einem Reizungszustande, daher die übermässige Secretion; in einem späteren Stadium können sie in einen paretischen Zustand übergehen, daher Abnahme der Secretion. — Von diesem Gesichtspunkte aus wird die Therapie die Grundursache zu berücksichtigen haben. Voreilige chirurgische Eingriffe, wie Sondenkur, Spaltung der Thränengänge, Exstirpation der Drüse etc., wie sie häufig genug in solchen Fällen vorgenommen werden, sind ohne Erfolg. Man wird vielmehr versuchen, Atropin innerlich zu verabreichen, da dieses Medicament einen hemmenden Einfluss auf die Secretion der acinösen Drüsen ausübt.

Buschan.

---

251) **Leop. Laquer** (Frankfurt a. M.): Ueber eine besondere Form von Parästhesie der Extremitäten. (Acroparästhesie.)
(Neurol. Centralbl. 1893, Nr. 6.)

Veranlasst durch die Arbeit von Friedrich Schultze über Acroparästhesie veröffentlicht L. einen auf der Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte zu Baden-Baden am 29. Mai 1892 gehaltenen Vortrag, welcher auf Grund von 12 Fällen dieses Krankheitsbild ohne den Namen beschrieb. Die 12 Fälle betrafen ohne Ausnahme Frauen (im Alter von 35—50 Jahren) aller Stände, von welchen verhältnissmässig viele schwere Wochenbetten mit profusen Blutungen durchgemacht hatten und schon Jahre lang an den Beschwerden litten.

Die Annahme, zu welcher L. nach seinen Erfahrungen gezwungen war, dass es sich nämlich um eine (gar nicht seltene) Sensibilitätsneurose handle, welche vorzugsweise im Haushalt angestrengt thätige, mit feineren weiblichen Handarbeiten, aber auch mit gröberer Hausarbeit beschäftigte Frauen und Mädchen befällt (Erschöpfungs- oder Beschäftigungsneurose), ist dem Verfasser durch sechs weitere Beobachtungen bestätigt worden, von welchen 2 Fälle männliche Individuen betreffen. L. behauptet daher Schultze gegenüber, ebenso wie Bernhardt, dass der erschöpfende Einfluss angestrengter Handarbeiten das wichtigste Causalmoment bilde. — In therapeutischer Hinsicht empfiehlt L. dringend die Anwendung der Electricität, welche sich ihm bei consequenter Durchführung noch am erfolgreichsten erwiesen hat.

Hoppe.

---

252) **R. M. Phelps** (Minnesota): A new consideration of hereditary chorea.
(The joureal of nervous and mental disease, Oct. 1892.)

Die Beobachtung von 5 Fällen von Huntington'scher Chorea in der Irrenanstalt von Minnesota gab dem Verf. Veranlassung, bei mehreren Anstalten Umfrage zu halten nach dem Vorkommen ähnlicher Krankheitsfälle. Neben mehreren unsicheren Fällen wurden 10 sichere Fälle von chronischer Chorea der Erwachsenen aus 10 verschiedenen Irrenanstalten gemeldet; alle stammten aus Familien, in denen auch sonst vielfach die

gleiche Krankheit beobachtet worden war. Dasselbe gilt von 3 Fällen des Verf., während bei 2 Kranken desselben überhaupt nichts Näheres über die Verwandten zu eruiren war. Das Auftreten und der Verlauf der Erkrankung war der bekannte typische. Verf. betont die Aehnlichkeit zwischen dieser Form von Chorea und der Paralyse. Beide sind Affectionen der Erwachsenen; beide führen zu allmählich immer stärker werdender Demenz, beide enden nur mit dem Tode. Zuweilen werden auch bei chronischer Chorea ganz unsinnige Grössenideen, Verfolgungsideen etc. beobachtet; Aufregungszustände sind nicht selten. Auch auf motorischem Gebiete giebt es eine Reihe ähnlicher Symptome. Die Dauer der Chorea ist durchschnittlich beträchtlich länger als die der Paralyse. In einem Falle konnte Verf. die Autopsie vornehmen. Es fand sich eine Verdickung der Dura mater. Das Gehirn war atrophisch, besonders dessen Vorderlappen. Die Pia war getrübt und von einem milchigen, plastischen, serösen Exsudat durchsetzt, welches über der Convexität am stärksten war. Die microscopische Untersuchung steht noch aus, und sollen deren Resultate später bekannt gemacht werden. Strauscheid.

---

253) **Raffaello Gucci** (Florenz): Paramioclono multiplo ereditario.
(Rivista sperim. di freniatria 1892, Heft 3 u. 4.)

Verf. hatte Gelegenheit, ein 19jähriges Mädchen zu beobachten, welches an eigenartigen Zuckungen litt, woran in gleicher Weise auch ihr Grossvater, ihr Vater und eine Tante, sowie eine ältere Schwester gelitten hatten resp. litten. Die Zuckungen bestanden bei der Patientin seit 3 Jahren; zugleich mit ihnen hatte sich, wie auch bei den früher Erkrankten, eine leichte geistige Schwäche eingestellt, sowie Neigung zum Selbstmord, wodurch ihr Vater gestorben war. Die Zuckungen betrafen eine bestimmte Anzahl symmetrischer Muskeln, sie traten plötzlich auf, zuerst auf einer, dann auf der anderen Seite. Besondere Aufmerksamkeit verstärkte die Zuckungen, doch gelang es dem Willen auch, die Muskeln in Ruhe zu halten. Bei weitem am stärksten waren die Zuckungen in der Hals- und Rumpfmuskulatur; Cucullaris, latissimus und longissimus dorsi, sternocleidomastoideus, serratus ant. major und diaphragma. Bei den Zuckungen des letzteren traten die auxiliären Hilfsmuskeln in Thätigkeit. An den Extremitäten waren an den viel schwächeren Zuckungen die Oberarm- und Oberschenkelmuskeln, sowie die Strecker der Finger resp. Zehen betheiligt. Das Gesicht war kaum betheiligt, auch die Zunge ganz frei. Willkürliche Bewegungen unterdrückten die Zuckungen längere Zeit, so dass die Kranke sich bequem an- und auskleiden, ein volles Wasserglas mindestens 10mal ganz ruhig an den Mund bringen konnte etc. Ebenso fehlten im Schlafe die Zuckungen ganz. Sonst waren Sensibilität, Motilität, Reflexe normal, Ernährungszustand gut. Psychisch leichter Schwachsinn, Mangel jeder Anhänglichkeit an die Verwandten, lebhafter Geschlechtstrieb. 3 gr. Antipyrin pro die und prolongirte lauwarme Bäder erzielten eine sehr erhebliche Besserung.

Die gleichartige Vererbung der Krankheit in der Familie und die Verbindung mit psychischer Störung nähern das beschriebene Krankheitsbild sehr der Huntington'schen Chorea; doch kann diese Affection aus mehreren

Gründen ausgeschlossen werden. Die beschränkte Anzahl der befallenen Muskeln, die Stärke der Zuckungen in der Rumpfmuskulatur und die Betheiligung des Zwerchfells sprechen durchaus für Paramyoclonus. Die Zuckungen selbst rufen keine Lageveränderungen der Gelenke, keine kreisförmigen Bewegungen wie bei Chorea hervor. Die Muskelzuckungen sind intermittirend und treten nie auf beiden Seiten gleichzeitig auf. Das jugendliche Alter ist bei Huntington'scher Chorea etwas höchst seltenes. Die Krankheit hat sich bedeutend gebessert. Die Häufigkeit der Muskelcontractionen änderte sich mit der Lage der Patientin, was bei chronischer Chorea nicht vorkommt. Wenn nun aber auch nach dem ganzen Krankheitsbilde die Diagnose Paramyoclonus multiplex gestellt werden muss, so zeigt doch das hereditäre Auftreten und die Verbindung mit einer sonst gerade bei der erblichen Chorea beobachteten psychischen Störung, dass zwischen der vorliegenden und der Huntington'schen Krankheit eine nahe Verwandtschaft bestehen muss. Strauscheid.

---

254) **E. Huet** (Paris): Contribution à l'étude de l'excitabilité électrique des muscles dans la maladie de Thomsen. (De la réaction myotonique.)
(Nouvelle iconographie de la Salpêtr. 1892, Nr. 1—4.)

Ein 34jähriger Spiegelarbeiter, der aus einer nervösen Familie stammte, leidet ebenso wie eine ältere Schwester von Jugend auf an Thomsen'scher Krankheit, die sehr lange von den verschiedensten Aerzten verkannt worden ist, bis im Jahre 1888 Raymond die richtige Diagnose stellte, die dann auch von Charcot bestätigt wurde. In der Klinik des letzteren hat Verf. eine sehr genaue Untersuchung der electrischen Erregbarkeit bei dem Kranken vorgenommen, deren Resultate, durch zahlreiche myographische Curven illustrirt, er nunmehr veröffentlicht. Insbesondere hat er auch die Wirkung von verschieden frequenten faradischen Strömen auf die Muskeln bei verschiedener Dauer der Einwirkung studirt. Er konnte die Befunde Erb's ganz bestätigen und theilweise erweitern. Die Erregbarkeit der Nerven bleibt fast normal, während die der Muskeln stark verändert ist. Quantitativ ist sie vermehrt, qualitativ ist sie verändert und diese Veränderung ist wesentlich die gleiche; sie besteht hauptsächlich in der Langsamkeit, Trägheit, Tonicität und vor allem in der Nachdauer der Contractionen. Diese Eigenschaften sind am deutlichsten im Anfang der Untersuchung; die Wiederholung der Erregungen bringt ähnliche Wirkungen hervor, wie sie die willkürlichen Bewegungen erzeugen, nämlich eine Verminderung und schliesslich ein mehr oder weniger vollständiges Verschwinden der Erregbarkeitsstörungen. Verlängerte oder sehr starke Reize, die eine Ermüdung der Muskeln hervorzurufen im Stande sind, mag es sich nun um mechanische, faradische oder galvanische Erregungen handeln, lassen undulirende Bewegungen auftreten. Letztere von vielen Beobachtern vermisste Erscheinung trat sehr schön auf, wenn Verf. bei Application einer grossen Anode auf dem Sternum, einer 10 Quadratcentimeter grossen Kathode unmittelbar oberhalb der Patella einen Strom von 22 oder 35 M. A. anwendete; bei 18 M. A. fehlte das Phänomen, bei Wendung des Stromes (also im Bereiche der Anode) fehlten die Wellenbewegungen. Dieselben waren, wie schon erwähnt, beim ermüdeten Muskel auch durch den faradischen Strom zu erzielen. Strauscheid.

255) **Ch. K. Mills** (Philadelphia): Autopsie on a case of athetoïd spasm, myotonia and diffuse bilateral disturbances of sensation — chronic convexity meningitis of both hemispheres with cortical and subcortical softening-lesions most marked in the posterior parietal region.

(The journal of nerv. and ment. disease, Dec. 1891.)

Die lange Ueberschrift gibt den Hauptinhalt der kleinen Arbeit wieder. Die Krankheit hatte bei dem kräftigen Manne angeblich nach einem Sonnenstich 9 Jahre vor seinem Tode begonnen. Zuerst traten epileptiforme Krämpfe auf, an die sich ein spastischer Zustand und athetotische Bewegung zunächst in der linken Körperhälfte und vorzugsweise im Gesicht und Arme, später auch in der rechten Körperhälfte anschlossen. Athetose sowohl wie die tonischen Spasmen wurden vorzugsweise durch willkürliche Bewegungen ausgelöst resp. verstärkt. Die Sensibilität war hauptsächlich in den linken Extremitäten herabgesetzt. Bei der Autopsie fand man eine ausgebreitete Meningitis, die besonders über den beiden Parietallappen stark entwickelt war, wo Pia und Dura fest verwachsen waren; ebendaselbst bestand eine ausgedehnte Erweichung der Rinde und des darunterliegenden Markes. Die Basalgefässe hatten etwas starre Wandungen. Verf. versucht diesen Fall zu benutzen, um die Ansicht, dass die Sensibilität nicht in den motorischen Rindencentren repräsentirt werde, sondern ein eigenes dahinter gelegenes Centrum besitze, zu vertheidigen. Der tonische Spasmus wird auf die subcorticale Erweichung zurückgeführt. Strauscheid.

---

256) **F. Lenmalm**: Ett fall af paralysis agitans sine agitatione.

(Hygiea 1892. S. 551.)

Eine 68jährige Frau, in deren Familie keine nervöse Disposition nachgewiesen werden konnte, welche 8mal geboren hatte und nach der letzten Geburt im Jahre 1866 ein ganzes Jahr hindurch an Puerperalpsychose gelitten hatte, fühlte seit 4 Jahren die Kräfte abnehmen. Sie ging beschwerlich und nur mit Hülfe eines Stockes. Sie klagte jetzt vornehmlich über Steifheit im ganzen Körper, die Arme und Beine fühlten sich schwer wie Blei. Der Gesichtsausdruck war beinahe unveränderlich, „maskenartig“. Die Haltung des Oberkörpers ist nach vorn gebeugt mit dem Kinn gegen die Brust geneigt. Die Arme sind in den Ellbogen leicht gebeugt, die Hände in „Schreibestellung“. Alle Bewegungen werden langsam und schleppend ausgeführt. Feinere Bewegungen der Finger kann sie gar nicht ausführen. Die Muskelkraft ist sehr schwach; ohne Hilfe kann sie sich gar nicht aufrichten. Bei passiven Bewegungen werden die Muskeln gespannt, etwas rigid gefühlt, aber ohne eigentliche Contracturen. Die Haut- und Sehnenreflexe sind normal. Ebenso die Sensibilität und die electrische Reaction. Die Stimme ist eigenthümlich pfeifend, die Sprache langsam, monoton. Nie wird Tremor oder irgend eine Art von unwillkürlichen Bewegungen wahrgenommen und es muss also der Fall als eine typische Paralysis agitans ohne den characteristischen Tremor, wie solche schon von Charcot und Anderen geschildert wird, aufgefasst werden. Koch (Kopenhagen).

---

257) **M Lannois:** Du syndrôme de Ménière chez les enfants.
(Lyon Médical 1893, Nr. 12.)

Dem Ménière'schen Symptomencomplex als Begleiterscheinung chronischer Ohrerkrankungen bei Kindern ist bisher wenig Beachtung geschenkt worden. Derselbe pflegt nach den Beobachtungen von L. in der Form von Anfällen aufzutreten, die sich in mehr oder minder grossen Zwischenräumen im Verlaufe der Krankheit einstellen und sich jedesmal in heftigem Schwindelgefühl (von 10 Minuten bis $^1/_2$ Stunde Dauer), Uebelkeit resp. Erbrechen (bis zu mehrtägigem Anhalten) und abnormen Ohrengeräuschen (Pfeifen, Hämmern, Summen u. a. m.) äussern. L. führt aus dem Kreise seiner eigenen Beobachtungen 4 in diesem Sinne höchst instructive Fälle an. —

Die Kenntniss dieses anfallsweise auftretenden Schwindelgefühls ist für die Differentialdiagnose von grosser Wichtigkeit hinsichtlich der Prognose und Therapie. Bei Kindern pflegt die Epilepsie sich recht häufig unter der Form leichter Schwindelanfälle (petit mal) zu äussern, die sich erst in späteren Jahren zu wahren epileptischen Anfällen umwandeln. Uebelkeit und Erbrechen, die den Ohrschwindel stets zu begleiten pflegen, fehlen bei dem epileptischen Schwindel; dagegen geht dieser mit Bewusstseinsverlust einher. — In jedem Fall von Schwindel soll man daher bei Kindern die Ohren auf eine etwaige Erkrankung untersuchen.

Buschan.

---

258) **Bouveret** et **Devic:** Ueber Tetanie gastrischen Ursprungs.
(Revue d. Méd., Jan.-Febr. 1892. — Referirt in Hospitals-Tidende Nr. 22, 1892.)

Verf. giebt eine Zusammenstellung aller publicirten Fälle von auf Magenleiden beruhender Tetanie; es sind im Ganzen 22. Verf. unterscheidet 3 Formen von Tetanie:

1. Contractur der Extremitäten oder eigentlich typische Tetanie: tonische Contractionen besonders der Muskeln der Hände, Unterarme, Füsse und Unterschenkel, Gesicht- und Rumpfmuskeln sind frei. Das ergriffene Glied meist in Extensionsstellung fixirt. Die Dauer verschieden, — wenige Minuten bis viele Stunden. Anfällen von längerer Dauer folgen auch längere Ruhepausen. — Dies ist die allgemeinste Form.

2. Mehr oder weniger universelle Tetanie. — Diese ist dem Tetanus sehr ähnlich; sie beginnt immer in den Extremitäten und greift auf Hals und Rumpf über. Diese Aehnlichkeit mit dem Tetanus kann oft so gross sein, dass nur die Verbreitungsweise zu einer richtigen Diagnose verhelfen kann. Tetanus beginnt an Kiefer und Hals, — Tetanie immer, ohne Ausnahme, in den Extremitäten. Es treten Ruhepausen ein, während denen die Contractionen ganz oder doch wenigstens in den Gesichts- und Rumpfmuskeln aufhören. Manchmal werden die contrahirten Glieder von clonischen intermittirenden Convulsionen ergriffen. Diese Form ist lebensgefährlich, da die andauernde Contractur der Thoraxmuskeln Asphyxie hervorrufen kann.

3. Tonische und clonische universelle Convulsionen, auf welche eine Periode von Coma folgt, die in jeder Beziehung der Epilepsie ähnelt.

Alle 3 Formen können bei derselben Person auftreten. Characteristische Eigenthümlichkeiten der Contractionen sind folgende: Spontane Schmerzen

in den ergriffenen Muskeln, Schmerzen bei Bewegungen der ergriffenen Körpertheile, Druckempfindlichkeit der Nerven oder Arterien der Extremitäten (Trousseau's Symptom), erhöhte electrische Erregbarkeit (galvanisch wie faradisch), manchmal fibrilläre Zuckungen in den ergriffenen Muskeln. Sensibilität intact; oft sind die Anfälle von gewissen universellen Symptomen begleitet. Reichliches wiederholtes Erbrechen geht häufig dem Anfall voraus; häufig Dyspnoe, schwacher Puls, contrahirte und für Licht unempfängliche Pupillen. In der Regel besteht eine leichte Temperatursteigerung; sehr hohe Temperatur in letalen Fällen dicht vor dem Tode. Manchmal, auch in nicht letal verlaufenden Fällen zeigt sich die Intelligenz betheiligt, — das Gedächtniss schwach, der Blick unklar und das Sprechen mühsam. In mehreren Fällen bestand Albuminurie. 69,5% der mitgetheilten Fälle endeten tödtlich.

Es sind zur Erklärung des Phänomens 3 Theorien aufgestellt worden. Die erste derselben sucht die Ursache der Krämpfe in einer Wasserarmuth des Blutes, wie bei den Cholerakrämpfen. Dieser Mangel an Wassergehalt soll durch anhaltendes Erbrechen oder durch die Magenausspülungen bedingt sein. Nach einer zweiten Theorie sind die Krämpfe reflectorischen Ursprungs und durch Irritation der Magennerven bedingt. Die dritte Annahme geht schliesslich dahin, das Leiden sei auf eine Intoxication zurückzuführen, der toxische Stoff soll durch Zersetzung des Mageninhalts entstehen, von wo aus er dann in's Blut übergeht und die motorischen Centren beeinflusst. Gegen diese letztere wahrscheinlichste Theorie wenden die Verfasser ein, dass die Tetanie nicht in denjenigen Fällen am häufigsten vorkommt, wo die Microben ihre grösste Thätigkeit entfalten, nämlich bei Pylorus-Carcinom.

Bei Carcinom ist bekanntlich die Salzsäuremenge gering oder gleich Null, und aus verschiedenen Untersuchungen geht hervor, dass die Salzsäure der wichtigste, ja vielleicht ausschliessliche Factor der Verhinderung des Microbenwachsthums im Magen ist. Tetanie ist wohl in einem Fall von Carcinom beobachtet worden, doch war dieser Fall durch Ulcus simplex und Hypersecretion des Magensaftes complicirt. Die Verfasser heben ausdrücklich hervor, dass in allen beobachteten Fällen einzelne Symptome auf Magendilatation mit Hypersecretion hindeuten. Nur in wenigen Fällen ist der Magensaft untersucht worden und selbst da fand man ihn nicht immer hyperacid. Dies kann durch das dem Anfall vorausgehende häufige Erbrechen erklärt werden, durch welches der Drüseninhalt entleert wird.

Die Verfasser meinen, dass die toxische Substanz durch Einwirkung einer übermässigen Säuremenge auf die zurückgebliebenen Peptone entsteht, so dass Tetanie nur in Fällen von Retention mit Hyperacidität auftreten kann.

Die Verfasser haben ihre Theorie experimentell zu stärken versucht durch Aufsuchen einer toxischen Substanz und Erklärung ihrer Wirksamkeit, indessen sind sowohl ihre Methoden als ihre Resultate nicht durchaus unanfechtbar. In therapeutischer Richtung wird strenge Alcohol-Entziehung empfehlen. Kurella.

259) **U. Steffani** (Padua): Bulimia accessionale isterica accompagata a disturbi della regolarizzazione termica.

(Rivista sperim. di freniatria 1892. Heft 3 u. 4.)

Nur von Féré ist bisher von anfallsweise auftretender, rasch vorübergehender Bulimie bei einem Epileptiker kurz berichtet worden. Verfasser beobachtete das gleiche Symptom bei einem 29jährigen erblich belasteten Bauern, der geistig etwas zurückgeblieben war und zeitweise an hysterischen Krampfanfällen und anderen hysterischen Krankheitserscheinungen litt. Bekam der Kranke seinen Anfall von Heisshunger, so verschlang er ungeheure Quantitäten von allen möglichen essbaren Dingen ohne irgend welche Auswahl; hatte er seinen krankhaften Hunger gestillt, so blieb er etwa eine halbe Stunde ruhig, um darauf das Genossene wieder zu erbrechen. Wurde der Kranke daran gehindert, seinen Hunger zu stillen, so zeigte er keinerlei Erscheinungen von allgemeiner Schwäche oder Ohnmacht. Auch ausserhalb dieser Anfälle zeichnete sich Pat. durch sein hastiges und reichliches Essen aus. Bei genauerer Untersuchung fand sich nun, dass, wenn Patient auch nur kurze Zeit fastete, die Körpertemperatur eine erhebliche Erniedrigung zeigte (bis 35^0), welche sich aber nach eingenommener Mahlzeit bald wieder ausglich. Ein kühles Bad rief eine so erhebliche Temperaturherabsetzung hervor, wie sie bei keiner der Controllpersonen erzielt werden konnte; dabei zeigten auch die stärksten Temperaturerniedrigungen (bis $33{,}4^0$ im Rectum) keinerlei Einfluss auf das Allgemeinbefinden des Kranken; die durch ein kaltes Bad herabgesetzte Körpertemperatur erhob sich wieder sehr viel rascher zur Norm, wenn der Kranke direct Nahrung zu sich nahm, als wenn er nüchtern blieb; ebenso konnte durch Einwicklung in Decken etc. die Steigerung der Temperatur beträchtlich beschleunigt werden. Der Genuss von Alcohol hatte keinen merklichen Einfluss auf die Temperatur. Ein heisses Bad rief keine übermässige und nur sehr flüchtige Temperatursteigerung hervor. Die Pulsfrequenz, welche durchschnittlich etwas niedrig war (ca. 60), erniedrigte sich nach dem Einflusse des Fastens oder eines kalten Bades noch ganz bedeutend (bis 40 Schläge in der Minute) während sie in Folge eines heissen Bades nicht unbeträchtlich stieg.

Es muss sich in diesem Falle um eine Störung der der Wärmeproduction vorstehenden nervösen Centren handeln, die übrigens nicht auf einer Störung der allgemeinen Ernährung beruht. Der allgemeine Ernährungszustand des Kranken war und blieb stets trotz aller Anfälle etc. ein guter. Neben der Störung der Wärmeregulation, die ja übrigens bei Hysterischen nicht allzu selten ist (v. hysterisches Fieber) besteht eine dauernde Erhöhung des Hungergefühls, also eine Art chronischer Bulimie, zu welcher Anfälle von acuter Bulimie, welche hysterischen Aequivalenten gleichzuachten sind, hinzutreten. In welchem Verhältnisse diese beiden Factoren zu einander stehen, das lässt sich zur Zeit nicht entscheiden.

Der Kranke wurde $2^1/_2$ Monate isolirt, um die acuten Anfälle von Bulimie zu unterdrücken, was auch völlig gelang; zugleich wurde er mit kalten Douchen behandelt und auf diese Weise eine hochgradige Besserung erzielt.

Strauscheid.

260) **Josserand:** Pseudo-hémoptysies d'origine hystérique. (Soc. d. scienc. méd. de Lyon, fev. 1893.)

(Lyon médical 1893, S. 400, Nr. 14, 2. avril.)

Die Hämoptyse der Hysterischen ist nach J. ein ebenso wichtiges stigma hysteriae, wie die Hemianästhesie, Ovarialhyperästhesie und Gesichtsfeldeinengung. — Dem Eintreten dieser Erscheinung geht das Gefühl des Globus voraus. Im Anfall selbst richtet sich die Kranke brüsk auf, fasst sich an den Hals und wirft auf ein einziges Mal ungefähr ein halbes Glas voll aus. Die Anfälle stellen sich täglich, selbst Wochen und Monate lang ein. — Der Auswurf ist roth (dunkler als reines Blut); er gerinnt niemals und zeigt ein klebriges Aussehen. Characteristisch ist für ihn, dass sich 3 Schichten unterscheiden lassen: die obere bildet eine schwarzrothe, Faden ziehende (wie der Speichel) Flüssigkeit, die kein Haematin enthält; die mittlere Schicht ist sehr dünn, röther als die erste und besteht ausschliesslich aus rothen Blutkörperchen; die unterste endlich ist wieder stärker als die vorhergehende und setzt sich aus epithelialen Pflasterzellen zusammen. Die chemische Reaction lässt die Anwesenheit von Mucin, albuminoiden Substanzen und Speichelfermenten erkennen. Somit bildet die Pseudo-Hämoptyse der Hysterischen ein Gemisch von Blut und Speichel. Es fragt sich nun, woher das Blut stammt? Vielleicht von der Bas's der Zunge her — oder auch aus dem Magen, wie J. in einigen Fällen nachweisen konnte; jedenfalls nicht aus der Lunge.

In der Debatte erfuhren die Beobachtungen J.'s von mehreren Seiten Bestätigung. Buschan.

---

261) **Joseph D. Bryant** (New-York): „Report of the fourth laparotomy of a hysterical patient". (Bericht über die bei einer Hysterischen zum 4. Male gemachten Laparotomie.)

(The Medic. Record, 24. December 92,)

Ein Fall von Hysterie, in welchem erst nach der 4. Laparotomie mit Sicherheit nachgewiesen wurde, dass und wie die Kranke ihre Aerzte betrogen hatte. Dr. Voigt.

---

262) Prof. **Charcot:** Existe-il un tremblement mercuriel? Hospice de la Salpêtrière, leçon recueillie par M. Blocq.

(Le Mercredi Médical 1892, Nr, 25, S. 293.)

Bereits im Jahre 1888 hat Letulle die Behauptung aufgestellt, dass eine grosse Anzahl, vielleicht auch die meisten Fälle von mercuriellem Zittern „der grossen Neurose" angehören. Etwas später ist auch Charcot zu der Ueberzeugung gekommen, dass die meisten solcher Fälle der Hysterie zuzuschreiben sind; jetzt glaubt er bestimmt behaupten zu können: Es giebt überhaupt keinen Tremor mercurialis, sondern er ist stets hysterischer Natur. Er weist dies folgendermassen nach:

Es ist eine auffallende Erscheinung, dass das mercurielle Zittern niemals an Syphilitikern beobachtet worden ist, die doch grosse Mengen Quecksilber in sich aufnehmen, sondern nur an solchen, die mit dem Gifte gewerbsmässig zu thun haben. In den Quecksilberfabriken haben die Arbeitgeber schon länger die Beobachtung gemacht, dass, wenn einmal ein

Arbeiter von Zittern befallen wird, er bald darauf verschiedene Nachfolger aus seiner Umgebung hat; aus diesem Grunde suchen sie den Zitterer sogleich zu entfernen. — Der mercurielle Tremor gleicht vollständig dem hysterischen, nur mit dem Unterschiede, dass der letztere sich noch mit hysterischen Stigmata vergesellschaftlicht. Es giebt aber auch eine Hysterie ohne Stigmata; eine solche ist z. B. die auf toxischer Basis beruhende Hysterie. Bei der Bleivergiftung treten neben den direct durch das Metall bedingten Erscheinungen, wie Paralyse der Strecker, auch hysterische Symptome, wie Hemianästhesie und Krisen auf, die nichts mit dem Gift zu thun haben. Ein gleiches gilt für die Intoxication mit Alcohol, sowie für die mit Quecksilber. Dutil hat Beobachtungen an Quecksilberarbeitern in den Werkstätten angestellt und hierbei feststellen können, dass von 5 Personen, die an dem specifischen Zittern litten, 3 Hemianästhesien, hysterogene Zonen und Anfälle darboten, in Folge deren sich oft das Zittern einstellte. Hierdurch ist der Beweis erbracht, dass ein solcher Tremor nicht durch die Profession, sondern durch die Hysterie bedingt wird.

Charcot ist der Ansicht, dass in allen diesen Fällen von toxischer Hysterie die Natur des Giftes einen verschiedenen Einfluss auf die Hysterie ausübt; so treten bei Bleivergiftung Anästhesien und Lähmungserscheinungen, bei Alcoholismus convulsive Anfälle, bei Quecksilbervergiftung Zittern in den Vordergrund.

Eine solche Auffassung vom sogenannten mercuriellen Tremor, wie sie Charcot hat, ist für die Behandlung des Symptoms von Belang. Man wird nicht mehr antimercurielle Mittel wie Jod, Dampfbäder etc. in Anwendung bringen, sondern die Hysterie zu bekämpfen suchen durch Suggestion, Hydrotherapie u. s. w. Buschan.

---

263) Prof. **N. Popoff**: Eine seltene Form männlicher Hysterie.

Im Anfange seiner Arbeit überblickt Verfasser die Lehre über den Tremor, wobei er die Meinungen von Charcot, Pitres, Dutil u. A. anführt. Er äussert sich dahin, dass der Tremor bei der Hysterie, besonders der männlichen, nicht selten gefunden wird; der Character des Tremors bei Hysterischen hat keinen bestimmten Typus, sowohl der Quantität als Qualität nach und ist polymorph. Verfasser beschreibt einen Fall von Hysterie bei einem Soldaten, wo unter anderen Erscheinungen Tremor der unteren Extremitäten eine hervorragende Rolle spielte; dieser Tremor zeigte die Eigenthümlichkeit, dass er in regelmässigen periodischen Anfällen auftrat.

Kowalewsky.

---

264) **Wallet**: Deux cas d'anorexie hystérique.

(Nouvelle iconographie de la Salpêtrière 1892, Nr. 5,)

Verf. berichtet ganz kurz über 2 junge Mädchen im Alter von 17 und 15 Jahren, bei welchen der Wunsch, nur ja nicht dick zu werden, zu einem gewohnheitsmässigen Hungern geführt hatte. Die erstere wog schliesslich 35, die letztere 70 Pfund. Nur durch Zwang gelang es bei übrigens ganz gesundem Magen die Aufnahme und Verdauung genügender Speisemengen in der Anstalt des Verf. zu erzielen, so dass die beiden Patientinnen nach mehreren Wochen jede 69 Pfund wogen. Bei der letzten

Pat. war die anfängliche Gewichtszunahme durch das plötzliche Verschwinden eines ausgebreiteten Oedems der unteren Extremitäten wieder aufgehoben worden. Strauscheid.

---

256) **Gasne** et **Souques** (Paris): Un cas d'hypertrophie des pieds et des mains avec troubles vasomoteurs des extrémités chez un hystérique.
(Nouvelle iconographie de la Salpêtrière 1892, Nr. 5.)

Ein 23jähriger Maurer, erblich schwer belastet, machte im Jahre 1889 eine schwere Pleuritis durch. Ungefähr von dieser Zeit an bemerkte er, dass Hände und Füsse grösser wurden; dieselben haben jetzt eine weit über die Norm gehende, allgemeine Vergrösserung erlitten. Sie sind der Sitz von Parästhesien, schmerzhaften Krämpfen und zuweilen von lebhaft brennenden, schiessenden Schmerzen; sie nehmen in der Kälte leicht eine lebhaft cyanotische Färbung an; die Kraft ihrer Bewegungen ist stark herabgesetzt. Ausserdem ist Pat. hysterisch: linke Hemianästhesie, rechte Hemihypästhesie, Gesichtsfeldeinschränkung etc. Die Verff. sind der Ansicht, dass es sich hier nicht um eine osteoarthropathie hypertrophiante pneumique, noch um Erythromelalgie, Acromegalie etc. handle; am nächsten käme dem Zustande die Raynaud'sche Krankheit, ohne dass mit dieser eine völlige Uebereinstimmung herrsche. Sie sehen in den verschiedenen Krankheitssymptomen nur den Ausdruck einer durch schwere erbliche Belastung bedingten physischen und psychischen Degeneration.

Strauscheid.

---

266) **Chr. Legaard**: Astasi-Abasi.
(Norsk Magazin f. Laegevidensk., VII, Bd., 1892, S, 145.)

Typischer Fall der paralytischen Form der genannten Krankheit bei einem 10jährigen Knaben mit neuropathischer Belastung. Die Krankheit entwickelte sich langsam im Laufe eines Jahres ohne andere Symptome, wurde in drei Monaten vollkommen geheilt.

Koch.

---

267) **D. E. Jacobson** (Kopenhagen); Hysteri hos Maend.
(Bibliotek for Laegen. 7. R., 3. Bd., 1892, S. 571.)

Gestützt auf 34 Fälle, welche im Laufe der letzten 8 Jahre auf der Nervenabtheilung des Communehospitals zu Kopenhagen vorgekommen sind, giebt der Verf. eine Schilderung der Hysterie bei Männern. Unter den drei Gruppen: Hystero-Epilepsie, localisirte Hysterie und hysterische Psychose theilt er 16 Krankengeschichten mit. Etwas Neues bringt die Abhandlung nicht. Die vorgefundenen Symptome stimmten im Ganzen — in etwas abgedämpfter Form — mit dem Bilde wohl überein, welches von den Schilderungen der Salpêtrière-Schule her bekannt ist. In der Frage: Hysterie oder traumatische Neurose? stellt sich Verf. entschieden auf den Standpunkt Charcot's. Koch.

---

268) **Féré**: Sur l'abaissement de la pression artérielle dans l'hémiplégie hystérique.

(Société de Biologie, Bericht in le Bulletin médical. 1893, Nr. 9.)

Bei alten Hemiplegischen, weniger deutlich in frischen Fällen, dagegen wohl bei hysterischen Hemiplegischen (auch in einem Falle von unilateralem hysterischen Oedem) vermochte Féré nachzuweisen, dass der arterielle Blutdruck herabgesetzt ist. Demgemäss schreibt er diesem Symptom zur Entlarvung von Simulation einen Werth zu.

Buschan.

---

269) **Oscar Olsson**: Ett fall af ischias scoliotica.

(Hygiea 1892, S. 534.)

Bei einem 21jährigen Manne entwickelte sich ziemlich plötzlich eine linksseitige Ischias. Um den Schmerz zu vermindern, beugte der Kranke Truncus und Kopf vorwärts, neigte sich etwas nach rechts und schob die linke Hüfte hervor. Bei der Untersuchung zeigte sich eine linksseitige Scoliosis lumbalis mit geringer Kyphosis. Die linksseitigen Rückenmuskeln waren dadurch gespannt. Der linke Nervus ischiadicus wurde als ein dicker harter Strang gefühlt, der an mehreren Stellen für Druck empfindlich war. — Mittelst einer eingehenden Besprechung dieses Falles zeigt der Verf., dass die Kocher'sche Theorie von einer Affection der sensiblen Muskelfasern nicht zutrifft. Die abnorme Haltung rührt von der Bestrebung des Kranken her, den Nerven so viel wie möglich zu spannen und dadurch zu immobilisiren.

Koch.

---

270) **Remak**: Ueber Ischias scoliotica.

(Deutsche med. Wochenschr. 1892, Nr. 27.)

R. stellt einen Patienten vor, welcher an der in letzter Zeit so vielfach beschriebenen Deformität der Wirbelsäule in Folge von Ischias leidet. Die meisten Autoren nehmen an, dass die sich gewöhnlich dabei ausbildende Lendenwirbelscoliose mit der Concavität nach der gesunden Seite und einer compensirenden Brustwirbelscoliose sich darauf zurückführen lässt, dass der Kranke diejenige Stellung einzunehmen bemüht ist, welche das schmerzhafte Bein am besten entlastet. Schüdel hatte einen schmerzhaften Druckpunkt constant zwischen Symphysis sacro-iliaca und dem letzten Lendenwirbel auf der erkrankten Seite nachgewiesen, eine Anastomose vom zweiten Sacralnerv zum Musculus sacro-lumbalis festgestellt und daraus gefolgert, dass bei Ischias eine Schmerzhaftigkeit des genannten Muskels eintreten kann, welche durch die compensatorische Action des gesunden Muskels der anderen Seite eine Scoliose hervorruft. Remak hatte als lebendigen Beweis gegen die Richtigkeit der letzteren Auffassung schon früher einen Fall von Ischias scoliotica vorgestellt, welcher seine gewöhnlich „gekreuzte Scoliose" in eine homologe beliebig verwandeln konnte, ohne grössere Beschwerden beim Gehen zu empfinden. Bei seinem jetzigen Patienten handelt es sich um eine rechtsseitige Ischias mit homologer Lendenscoliose. Der Druckpunkt Schüdel's fehlt bei dem Patienten. Dagegen sieht man den Sacro-lumbalis der gesunden Seite sich weniger stark anspannen als den der kranken Seite. Auch im Sitzen und Liegen bleibt die

Scoliose unverändert. Ein willkürlicher Wechsel der Scoliosenstellung wie im früheren Falle war nicht möglich. Remak glaubt mit auf Grund seines Falles, dass es durchaus nicht angebracht ist, in die wechselnde Erscheinungsform der Ischias scoliotica eine in Wirklichkeit gar nicht vorhandene Gesetzmässigkeit hineinzubringen. Vielmehr glaubt er, dass in jedem einzelnen Fall der Patient diejenige Stellung suchen und finden wird, welche das schmerzhafte Glied am besten zu entlasten im Stande ist. — Uebrigens wurde der genannte Patient nach siebenwöchentlicher Behandlung mit dem galvanischen Strom, von Ischias und Scoliose geheilt, entlassen.

Peltesohn.

---

271) Dr. **Jankura**: Ueber die antiepileptische Wirkung des Kaliauribromid.

In dem Februarhefte dieses Centralblattes l. J., Nr. 119 ist ein Referat von Ostermeyer über meinen die antiepileptische Wirkung des Kali-auribromid behandelnden Aufsatz erschienen, welches im Interesse der Wahrheit zahlreiche Rectificationen erheischt.

Es ist vollkommen richtig, dass Referent die Anwendung des „Kaliauribromids“ aus eigener Anschauung kennt, einen Theil der Experimente in derselben „unvo'lkommenen und unwissenschaftlichen“ Ausführung vollzog als ich, ja sogar die „mangelhaften“ Versuchsjournale selbst geführt hatte. Nachdem ich diese Bemerkungen vorausgeschickt habe, möchte ich nun das Referat von Punkt zu Punkt beleuchten.

Gleich im Anfang bezweifelt Referent die Berechtigung der Veröffentlichung u. z. erstens auf Grund der kleinen Anzahl der Fälle und zweitens auf Grund der unwissenschaftlichen und unvollkommenen Ausführung der Experimente. Daraufhin bemerke ich, erstens, dass wenn auch die Versuche nicht hochwissenschaftlich, doch immerhin genügend interessant sind, um eine Publication vollkommen zu rechtfertigen; zweitens, dass die von mir ausgeführten Experimente unter der Leitung eines Fachmannes vollständig auf wissenschaftlicher Basis standen, wovon sich ein jeder sofort überzeugen kann, wenn er die im Auszuge gegebenen Krankheitsgeschichten aufmerksam durchliest.

Was die Widersprüche anbelangt, von welchen mein Aufsatz „voll“ wäre, so findet ein kritisirendes Auge einen jedoch nur scheinbaren Widerspruch. Wohl bemerke ich ganz flüchtig in der Einleitung, dass die 4 cgr. betragende Maximaldosis reactionslos vertragen wird, welcher Ausspruch auch insofern nicht vollkommen correct i·t, da 4 cgr. zumeist Infiltrate verursachen; ich hebe jedoch diesen Umstand im Resumé klar und deutlich hervor. Die übrigen zahlreichen Widersprüche sind mir total unbekannt.

Meine Schlussresultate betreffend, citirt wohl Referent meine Angaben ziemlich genau, nur vergisst er eben, die näher beleuchtenden Umstände anzuführen.

Die Behauptung, dass ich das Kaliauribromid als ein die übrigen Antiepileptica übertreffendes Mittel darzustellen mich nicht scheute, ist auch nicht correct, da ich am Schlusse bemerke, dass das Kaliauribromid blos als Ersatzmittel zu betrachten sei, wobei ich die Souveränität des Bromkalium nachdrücklich hervorhebe.

Dass das Mittel bei grösseren (von 4 cgr. angefangen) Dosen subcutane Infiltrate verursacht, bemerke auch ich, jedoch betone ich, dass, falls die Injectionen mit Beachtung aseptischer Cautelen ausgeführt werden, diese Infiltrate auf Priessnitz-Umschläge verschwinden und niemals in Abscedirung übergehen. — Schliesslich bemerke ich, dass mein vollkommen anspruchsloser Aufsatz nichts anderes als eine einfache Registrirung der mit dem Mittel gewonnenen Erfahrungen darstellt; die spärliche Zahl der ausgeführten Versuche wird in meinem Aufsatze durch den hohen Preis des Präparates vollkommen motivirt.

Dr. Jankura.

---

272) **Paul Pollitz** (Köln): Ueber die Erblichkeit bei Geisteskranken. Ein statistischer und klinischer Beitrag.

(Greifswalder Dissertation 1893.)

Unter Berücksichtigung der Litteratur (darunter eine Zusammenstellung von Anstaltsberichten in den letzten 15 Jahren) und Benutzung von 20 Fällen aus der Irrenanstalt Neustadt (Westpreussen), welche ausfürlich mitgetheilt werden, kommt P. zu folgenden Ergebnissen:

1. Bei ca. 40% aller Geisteskranken ist hereditäre Belastung nachweisbar;
2. beim weiblichen Geschlecht ist die Ziffer der Belasteten im Allgemeinen um 1—3% höher;
3. dagegen überwiegt die Zahl der belasteten Männer, wenn die Zahl der Alcoholisten und Paralytiker ausser Ansatz bleibt;
4. am Verhängnissvollsten für die Nachkommenschaft ist der Alcoholismus des Vaters; er belastet mit Vorliebe die männliche Nachkommenschaft; ihm folgt zunächst die Geisteskrankheit der Mutter, wodurch vorzüglich die weiblichen Nachkommen gefährdet werden. Der Zahl nach schliessen sich die Nervenkrankheiten an; sie übertragen die Disposition von der Mutter auf beide Geschlechter mehr oder weniger gleichmässig. Characteranomalien finden sich vorzüglich beim Vater und schaffen bei den Söhnen eine Prädisposition. Selbstmord und Verbrechen kommen statistisch fast gar nicht in Betracht.
5. Der grösste Theil der Hereditarier bietet bestimmte Symptome dar, die das hereditäre Irresein als Specielles und zwar als Degeneratives von dem Erworbenen unterscheiden lässt:
   a) Auftreten der Krankheit oder aequivalenter Erscheinungen, wie Sonderbarkeiten des Characters u. a. in der Jugend;
   b) Ausbruch kurz vor oder nach der Pubertät ohne schwerere Ursache;
   c) Obsessions- d. h. Zwangsakte sowohl im Beginn als auch im Verlauf der Krankheit;
   d) Beginn meist durch schwere Zwangsakte characterisirt: gehäufte Selbstmordversuche, Misshandlungen der nächsten Angehörigen, schamlose Akte u. s. w.;
   e) im Verlauf polymorphes Krankheitsbild; bei circulären Formen, lange, über Monate bis Jahre dauernde Einzelperioden; vielfach ausserordentlich schneller Verfall der Geisteskräfte.

Hoppe.

---

273) **Kornfeld** u. **Bikeles**: Untersuchungen über das Verhalten der Pupillen bei Paralytikern.

(Jahrb, f. Ps. XI., H, 3.)

Die an 58 Fällen gewonnenen Resultate über ursprüngliche Pupillenweite, Reaction auf Licht, consensuelle Reaction, accomodative Reaction und Reaction auf sensible Reize (geprüft durch Nadeleinstich in die entsprechende Wangenhaut) sind in 4 Tabellen angeordnet. Von bemerkenswerthen Befunden heben die Verff. hervor: fehlende accomodative Reaction bei vorhandener Lichtreaction in einem Fall; hier müsste man ein Unterbrochensein der Verbindung zwischen Accomodations- und Sphincterecentrum annehmen. Dann: Vorhandensein der Reaction auf sensible Reize trotz Hypalgesie Fehlen dieser Reaction ohne Hypalgesie und Fehlen trotz bestehender Hyperalgesie (sehr selten). Dass es vereinzelte Fälle giebt, in denen bei (auch beiderseitigem) Fehlen der Reaction auf Licht die consensuelle Reaction vorhanden ist, stellten Verff. durch wiederholtes Untersuchen fest.

Mercklin.

---

274) **Moritz Benedikt** (Wien): Magneto-Therapie und Suggestion.

(Neurol. Centralbl. 1893, Nr. 6.)

B. weist die Angriffe, welche Charcot's, Hammont's und seine eigenen Angaben bezüglich der Wirkung der Magneto-Therapie von Peterson und Kenally im New-York Medical Journal erfahren haben (nach deren Versuchen selbst ausserordentlich mächtige Magnete keinen nachweisbaren Einfluss auf die Organfunctionen normaler Menschen haben) und den Vorwurf, dass die angeblichen physiologischen und therapeutischen Wirkungen auf Suggestion als auf Täuschung beruhen, energisch zurück, indem er u. A. die Verschiedenheit der individuellen Empfindlichkeit und die besondere Empfänglichkeit und Erregbarkeit bei pathologischen Individuen betont.

Hoppe.

Ueber die Selbstmorde in den europäischen Heeren.

(Arch. d. méd. et pharm. mil. Nov. 1892.)

275) Der Artikel enthält eine Fülle interessanter Thatsachen. In der österreichischen Armee gehen jährlich mehr Menschen an Selbstmord zu Grunde, als an Typhus oder Pneumanie. Die Zahl ist beständig im Steigen begriffen. Während im Jahre 1869 85 Selbstmorde auf 100 000 Mann kamen, kommen in den letzten 6 Jahren durchschnittlich 131 auf 100 000. In der deutschen Armee wechselt die Zahl der Selbstmorde zwischen 61 und 67 auf 100 000 Mann, in Italien kommen durchschnittlich jährlich 40 Fälle auf dieselbe Menschenzahl. In der französischen Armee zeigen sich beträchtliche Unterschiede, je nachdem es sich um europäische oder afrikanische Truppenabtheilungen handelt. In letzteren steigt die Zahl der Selbstmorde bis zu 63 auf 100 000, während in Frankreich selbst nur 29 Fälle vorkommen. Belgien weist 24, England 23 (die englischen Truppen in Indien jedoch 48), Russland 20 und Spanien nur 14 Selbstmordfälle auf 100 000 Mann auf. In allen Armeen, ausser der österreichischen, ist die Zahl der Selbstmorde in langsamer aber stetiger Abnahme begriffen.

Die meisten Selbstmorde in allen Armeen kommen während der Rekrutenzeit vor; nur in England stellen die Soldaten mit mehr als 10jähriger Dienstzeit das grösste Contingent. In Deutschland findet die Hälfte aller Selbstmorde im ersten Dienstjahr, in Oesterreich im ersten halben Jahr, oft sogar in den ersten Monaten statt. Unter den Officieren kommen relativ doppelt soviel Selbstmorde vor, als unter den Mannschaften. Fast überall stellt das Traincorps die grösste Zahl von Selbstmordfällen; die Infanterie nimmt überall eine Mittelstellung ein. Ganz eigenthümlich ist es, dass in Frankreich zwischen 1875 und 1878 unter den Freiwilligen doppelt soviel Selbstmordfälle vorkamen wie unter den wehrpflichtigen Rekruten.

Am häufigsten ist der Tod durch Erschiessen (im französischen Heer 50 %, im deutschen Heer 50 %, in Oesterreich 70—80 %), danach kommt an Häufigkeit Selbstmord durch Ertränken und Erhängen. Im Zunehmen begriffen sind die Fälle von Selbstmord durch Ueberfahren mit Eisenbahnzügen. In den meisten Fällen bleiben die Motive der That unaufgeklärt. Meistens ist es Furcht vor Strafe, doch auch Liebeskummer, Lebensüberdruss und Widerwillen gegen das Soldatenleben spielen eine Rolle. Was die Jahreszeit anbetrifft, so fallen die meisten Fälle in die Monate Juni und Juli, die wenigsten kommen im Januar vor. — Auf die Frage, ob der Selbstmord überhaupt in der Armee häufiger ist, als in der Civilbevölkerung, kann man keine ganz entscheidende Antwort erwarten, weil sich der Vergleichung hier schwere Hindernisse in den Weg stellen. Der Verf. neigt indessen zu der Ansicht, dass die Selbstmorde in der Armee nicht zahlreicher sind, als ausserhalb derselben. Kurella.

---

276) **Attilio Cionini** (Modena): La causa del „libro del comando“. Studio psichiatrico-legale.

277) **Aug. Tamburini**. Ulteriori studi sopra gli imputati della „causa del libro del comando“.

(Riv. sperim. di freniatria 1892, H. 3 u. 4.)

5 junge Leute, sämmtlich hereditär zu Nervenkrankheiten belastet, hatten von Kindheit an viele wunderbare Geschichten gehört über die Macht, welche die Besitzer von Zauberbüchern über die Geisterwelt und den Teufel auszuüben vermöchten, und schliesslich selbst den festen Glauben an die geheimnissvolle Macht dieser Zauberbücher gewonnen. Da nun angeblich ein gewisser F. ein solches „Buch des Befehls“, welches dem früheren Besitzer Wunderdinge geleistet haben sollte, besass, es aber aus Furcht vor den Geistern nicht zu gebrauchen wagte, so beschlossen die 5 Männer sich in den Besitz desselben zu setzen. Bestärkt wurden sie hierin durch einen Hypnotiseur, welcher die Zauberkraft jenes Buches bestätigte und ihnen befahl, sich ohne Wissen des F. in den Besitz desselben zu setzen. Sie bewaffneten sich also eines Tages, suchten den F. in seiner Wohnung auf und zwangen ihn, sein Haus ganz durchsuchen zu lassen, wobei übrigens das Zauberbuch nicht gefunden wurde. Wegen dieses gewaltthätigen Eindringens in eine fremde Wohnung etc. wurden die 5 Männer nun vor Gericht gestellt. Da sich hierbei Bedenken über die Zurechnungsfähigkeit der Angeklagten herausstellten, so wurde ein psychiatrisches Gutachten verlangt.

Bei der genauen Untersuchung der Angeklagten ergab sich folgendes: Alle Angeklagten sind erblich belastet. Der Anführer derselben hat deutliche physische Degenerationszeichen und funktionelle Störungen des Nervensystems. Ein Angeklagter leidet an Epilepsie. Die absurden Ideen über die Macht der Zauberbücher bestehen bei allen von Kindheit an, haben mit der geistigen Entwicklung keine Einbusse erlitten, sondern sind gleichzeitig herangereift, haben sich mit ähnlichen Ideen vergesellschaftet, so dass jetzt ein ganzes System besteht, welches die Intelligenz völlig beherrscht, sich jeder Controlle seitens des Verstandes vollkommen entzieht. Bei allen haben diese abergläubischen Ideen trotz mannigfacher Enttäuschungen stets an Kraft gewonnen und wiederholentlich sind bei einem jeden der Angeklagten. wenn sie versuchten, ihre Ideen thatsächlich zu verwerthen (beim Schatzgraben etc.), Hallucinationen (von Geistern, Menschen, Thieren, Lichtern etc), aufgetreten. Diese absurden Ideen haben in Folge ihres Auftretens mitten in einer hochcivilisirten Bevölkerung, ihrer Intensität und Systematisirung, durch die Leichtigkeit, womit im Anschlusse an sie Hallucinationen auftreten, allmählich den Werth und die Bedeutung von krankhaften Wahnideen erlangt. Am meisten wurde von diesen Ideen beherrscht der Anführer, trotzdem dieser ein durchaus gebildeter und speciell in Physik und Naturwissenschaften unterrichteter Mann war. Mit diesen Ideen ist die unbezwingliche Neigung verbunden, sie in die That umzusetzen; der Wille wird ganz von ihnen beherrscht. Hieraus resultirt bei den Angeklagten der Mangel jeglichen Bewusstseins von der Folgenschwere der zu begehenden That, ja die innere Ueberzeugung von der Berechtigung derselben, da ja nur sie den Muth mit den Geistern zu verkehren besassen. In allen den angeführten Verhältnissen sind die typischen Charaktere der Paranoia in Form von Zwangsideen, von psychischen „Obsessionen", welche die Bedeutung von Wahnideen erlangt haben, gegeben. Zur völligen Erklärung aller Thatsachen ist noch in Betracht zu ziehen, dass die krankhaften Ideen nicht bei allen 5 Männern in gleicher Intensität vorhanden waren, sondern auf dem vorhandenen geeigneten Nährboden erst durch den Einfluss der energischeren und intelligenteren Personen (besonders des Anführers) rasch zu voller Kraft erblühten (psychische Infection). Den letzten, bestimmenden Anstoss zu der incriminirten Handlung gab dann der suggestive Einfluss des consultirten Hypnotiseurs, dessen Aussprüche wie Orakel angesehen wurden und die Angeklagten absolut sicher machten. Demnach fehlte bei den Angeklagten völlig die Freiheit des Handelns und können sie nicht verantwortlich gemacht werden.

Dem entsprechend wies der erste Richter die Sache a limine zurück, dahingegen liess der Apellhof, an den der Staatsanwalt Berufung eingelegt hatte, überhaupt nicht die Vernehmung von Sachverständigen zu (!) und verurtheilte die Angeklagten. Strauscheid.

IV. Zur Tagesgeschichte.

Die Psychiatrie der evangelischen Geistlichkeit in Preussen.

(Fortsetzung.)

Wir haben also bisher die Psychiatrie der Aerzte gegen mehrere von Herrn v. Bodelschwingh erhobene Vorwürfe vertheidigt und haben dann Herrn Hafners theoretische Psychopathologie beleuchtet. Wie immer in der Wissenschaft, zeigen sich nun auch hier schon im Beginn der kirchlichen Psychiatrie mehrere „Richtungen“ oder „Schulen“. Bei dem Vorwiegen von — allerdings nur halbverdauten medicinisch-psychologischen Elementen bei Herrn Hafner, scheint dieser dem Fortschritt zu einer wirklich ärztlichen psychiatrischen Wissenschaft im Grunde gar nicht so abgeneigt zu sein —, wenn wir auch seinen Versuch als Verquickung heterogener Bestandtheile entschieden ablehnen mussten. — Ihm gegenüber steht Herr v. Bodelschwingh mit festen, von keiner Wissenschaft angekränkelten Grundsätzen. „Seele und Leib wird dann ein wehrloser Tummelplatz anderer Geister, vom eigenen Geist, Irrgeist, Welt- und Zeitgeist und von bösen Geistern redet die Schrift.“ Dieser Satz verdient in den Vordergrund gestellt zu werden. Herr v. Bodelschwingh macht keine Phrasen, er meint es ernsthaft so wie er schreibt, deshalb kann man mit ihm auch besser debattiren, als mit dem zappelnden Durcheinander der Hafner'schen Psychopathologie. Soweit ich das neue Testament kenne, dessen Lektüre ich neben Dogmengeschichte früher eifrig getrieben habe, sind unter bösen Geistern darin wirkliche dem Individuum fremde Geister verstanden, welche von dessen Leib Besitz nehmen. Solche Individuen nennt man im eigentlichsten Sinn des Wortes Besessene. Der „wehrlose Tummelplatz anderer Geister“ ist der vollkommen korrekte Ausdruck für diesen Zustand der Besessenheit. Wieweit Herr v. Bodelschwingh auch „Irrgeist, Welt- und Zeitgeist“ sich objektivistisch nach dem Muster der bösen Geister als entia realia denkt, welche Besitz von einem Individuum ergreifen, wage ich nicht zu entscheiden, jedenfalls ist klar, dass er sich wenigstens die bösen Geister als Wesen denken muss, die ein menschlisches Individuum befallen können, dass er also, wenn man seine Worte im Zusammenhang mit seiner Behandlung der psychopathologischen Zustände betrachtet, einen Theil der Geisteskrankheiten als Besessenheit auffasst. — Ich glaube nun, dass wir Irrenärzte gegen eine solche biblisch berechtigte Auffassung durchaus nichts einwenden können, wenn sie nur im Rahmen des subjectiven Glaubens bleibt, und ihr jede Möglichkeit abgeschnitten wird, sich in consequenten Handlungen, speciell in dementsprechender Irrenbehandlung zu äussern. Die absolut logische Consequenz dieser Idee wird nämlich bei den Männern, welche, abgesehen von diesem Glauben, auch Muth und Verstand haben, stets die sein: dass die bösen Geister ausgetrieben werden müssen. Ich halte die Austreibung böser Geister keineswegs für eine Lächerlichkeit oder Rohheit, sondern für die durchaus correcte Folgerung aus der Praemisse, dass sich Geisteskrankheit aus der Besessenheit mit einem vom Individuum heterogenen Geist erklärt. Wenn wenig Teufelsaustreibungen vorkommen, so liegt das

lediglich an dem Deficit am deductiven Verstande, welches glücklicherweise meistens mit dieser Auffassung von Geisteskrankheit verbunden ist.

Es verhält sich mit den „bösen Geistern" in der Psychopathologie gerade so wie mit der materia peccans in der körperlichen Medicin. Sobald man das Wesen einer Krankheit sich als materia peccans objectivirt und diese materia peccans als ein dem Körper Fremdes, als materielles Accidens auffasst, so wird jeder consequente Mensch auf die Idee kommen müssen, dass die Therapie in der Abscheidung der materia peccans zu bestehen habe. Dieser folgerichtige Schluss ist auch, wie die Medicingeschichte zeigt, in der That gemacht worden. Das Purgiren war eine der therapeutischen Consequenzen der Lehre von der materia peccans. Die bösen Geister sind nun ganz wörtlich die materia peccans im psychischen Gebiet. Jeder folgerichtig denkende Mensch muss auf Grund der v. Bodelschwingh'schen Praemisse zur Abscheidung der den Menschen besitzenden Schädlichkeit kommen. Die Teufelsaustreibung ist sonach die streng logische ideelle Folge der Auffassung von Geisteskrankheit als einer durch böse Geister bewirkten Besessenheit. Sie ist als Purgirung von der psychischen materia peccans eine durchaus consequente Therapie. Ich bezweifle jedoch, dass viele Anhänger der v. Bodelschwingh'schen Praemissen so viel practische Logik beweisen werden, es sei denn, dass der Staat den Geistlichen die Irrenanstalten ohne psychiatrische Leitung in die Hände giebt. — Immerhin scheinen sich jetzt schon die Anfänge dieser absolut consequenten Therapie bemerklich zu machen. Ich bin in der Lage, über eine im vorigen Winter stattgefundene bisher unbekannte Teufelsaustreibung berichten zu können, und behaupte vorläufig ohne Rücksicht auf diesen einzelnen Fall, dass der Exorcismus die durchaus nothwendige letzte Consequenz aus der objectivistischen Auffassung der bösen Geister als Ursache von Geistesstörung ist undbleiben wird.

(Fortsetzung folgt.)

Personalien.

Herr Prof. Dr. Wernicke erhielt einen Ruf an die Universität Wien.

Herr Prof. Dr. Siemerling erhielt einen Ruf an die Universität Tübingen.

Herr Dr. Koenig wurde zum Oberarzt an der Irrenanstalt in Dalldorf ernannt.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XVI. Jahrgang. 1893 Juni. Neue Folge IV. Band.

I. Originalien.

I.

Bemerkungen über die Schutzapparate der Paranoischen und die psychische Beeinflussung der Hallucinationen.

Von Dr. A. Mercklin, II. Arzt der Irrenanstalt Lauenburg i. P.

Als ich im Anschluss an ein Referat über den gegenwärtigen Stand der Lehre von der Paranoia*) in der Gesellschaft pract. Aerzte in Riga einen Kranken vorstellte, um einige typische Symptome der chronischen hallucinatorischen Paranoia zu demonstriren, richtete ich u. A. die Aufmerksamkeit auch auf einen eigenthümlichen Apparat, den der Pat. trug und der in engster Beziehung zu seinen Wahnvorstellungen stand. Es handelte sich um einen selbstgefertigten ledernen Gürtel, an welchem in ledernen Schlingen die Vorderarme des Pat. befestigt waren, so dass wohl eine freie Bewegung der Hände und Arme in gewissen Grenzen möglich war, die Erhebung der Hände zum eigenen Gesicht aber unausführbar wurde. Der nachweislich 1874 an Paranoia erkrankte Pat. fühlte sich seit 1889 stärker durch die „Reichshallucinationsmaschine“ verfolgt. Er fühlte electrische Ströme in seinen Armen, welche zwangsweise seine Arme hoben und zu Misshandlungen des eigenen Gesichts führten. Um sich diesem „electrischen Zwange“ zu entziehen, hat er sich diesen Apparat ersonnen, den er nur sehr ungern ablegt.

Diese nicht ungewöhnliche, aber prägnante Beobachtung eines selbsterdachten Schutzapparats in einem Fall von chron. Paranoia führte zu einigen Erörterungen und veranlasste mich, die Erfahrungen über derartige

*) Cfr. St. Petersb. med. Wochenschr. 1892, Nr. 35.

Vorrichtungen und ihre Rückwirkung auf die Kranken zusammenzustellen. Handelt es sich dabei auch nur um ein secundäres Symptom der Paranoia, dessen Studium uns über das eigentliche Wesen der Krankheit nicht aufklären kann, so ist es doch öfters von diagnostischer Wichtigkeit und auch in theoretischer Beziehung von Interesse. Desshalb rechtfertigt sich wohl die Mittheilung der nachfolgenden Bemerkungen:

Die in Rede stehenden Schutzvorrichtungen der Paranoischen bilden nur ein Glied der langen Kette von Abwehrhandlungen, die von diesen Kranken ausgehen. Seit Snell ist immer wieder auf die Thatsache hingewiesen worden, dass die Kranken sich den vermeintlichen Verfolgungen gegenüber nicht passiv verhalten. Sie suchen sich den Beeinträchtigungen zu entziehen, wehren ab, gehen zum Angriff über. Zuletzt hat Magnan ausführlich dieser „Reaction" des Kranken gedacht und die Abwehrhandlungen mit meisterhafter Anschaulichkeit geschildert.*)

Wie die Abwehrhandlungen überhaupt, so sind auch die Schutzapparate in ihrer Ausgestaltung vielen Variationen unterworfen. Individualität des Pat. und äussere Lebensverhältnisse, Verschiedenartigkeit der Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen geben den Ausschlag. Dass aber auch hier eine gewisse Gesetzmässigkeit im Zusammenhang der klinischen Symptome vorliegt, ergiebt sich, sobald man untersucht, ob die Ausbildung derartiger Schutzvorrichtungen nur bei bestimmten Fällen von chronischer Paranoia beobachtet wird, ob sie in einem bestimmten Stadium der Krankheit hervortreten und wie man sich die Wirkung derselben auf den psychischen Zustand der Kranken zu denken hat.

Zunächst muss die Abhängigkeit der Reaction der Kranken in dieser eigenthümlichen Form von dem Bestehen von Sinnestäuschungen betont werden. Bei den im Ganzen seltenen Fällen von chron. Paranoia ohne Hallucinationen werden diese eigenthümlichen Schutzapparate nicht beobachtet. Hieraus erhellt schon die gelegentliche diagnostische Wichtigkeit dieses Symptoms, besonders für die Fälle, in welchen die Kranken ihre Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen zu verheimlichen suchen. Hier kann dem geübten Auge des erfahrenen Beobachters ein kleines Object, z. B. ein Baumwollenpfropf im Gehörgange des Kranken zur Handhabe werden, um das Wahnsystem des Kranken aufzudecken. Ein bezeichnendes Beispiel hierfür hat noch unlängst Mendel in seinem Aufsatze: Zur Frage der Entmündigung der Geisteskranken etc.**) gelegentlich erwähnt. Von diesen unscheinbaren Schutzvorrichtungen bis zu den monströsesten Formen giebt es mancherlei Uebergänge. Wie weit die Kranken in dieser Richtung gehen können, beweist der im Jahresbericht der Anstalt Lauenburg in Pommern für 1890/91 berichtete Fall. Der betr. Pat. kam mit einer Art Panzerrüstung zur Anstalt, welche er sich aus Draht, Ketten, Eisenschienen und dergleichen selbst angefertigt hatte, im Gewicht von 12 Kg. Eisen. Als Kopfbedeckung trug er eine alte eiserne Kasserolle. Die Beinschienen waren alte Reibeisen. Durch die Rüstung wollte er sich gegen seine Verfolger schützen.

---

*) Psych. Vorlesungen. Deutsch von Möbius. H. 1, pg. 21.
**) Deutsche med. Wochenschr. 1892, Nr. 36.

Was nun die Häufigkeit der Schutzapparate in Beziehung zu den verschiedenen Formen der Sinnestäuschungen anlangt, so sind sie am häufigsten eine Abwehr der Gefühls- und Gehörstäuschungen, also derjenigen Sinnestäuschungen, die überhaupt bei chron. Paranoia prävaliren. Es wird gewöhnlich angegeben, dass von allen Phantasmen die Gehörstäuschungen die häufigsten bei chron. Paranoia sind. Nach meinen letzten Zusammenstellungen möchte ich annehmen, dass im Allgemeinen die Gefühlstäuschungen noch mehr verbreitet sind. Von 75 Fällen chron. Paranoia, die ich in Bezug auf die Sinnestäuschungen untersuchte, konnten nur in 3 Fällen keinerlei Sinnestäuschungen nachgewiesen werden. Bei den 72 Kranken, die sicher an Sinnestäuschungen litten, fanden sich Gefühlstäuschungen bei 60, Gehörstäuschungen bei 50; die Combination von Gefühls- und Gehörstäuschungen zeigten 44 Fälle. Geruchs- und Geschmackstäuschungen wurden öfters beobachtet, Gesichtshallucinationen nur sehr selten.

Wenn also die Anwendung der selbstgefertigten Schutzapparate bei den Kranken durch Sinnestäuschungen und unter diesen wohl am häufigsten durch Gefühls- und Gehörstäuschungen sich erklärt, so wird man doch bei weiteren Schlüssen auf den Inhalt der Wahnvorstellungen, ohne die Patienten befragt zu haben, nur sehr vorsichtig sein können. Ein Verschliessen der äusseren Gehörgänge durch Bäusche aus Baumwolle, Zeug oder dergleichen ist z. B.. wenn es von Paranoischen aufgenommen wird, nicht immer die Reaction auf den unangenehmen Inhalt der Gehörstäuschungen, die die Kranken beseitigen wollen. Es kann ebenso gut die Reaction auf eine schmerzhafte Empfindung sein, die sich jedesmal mit den Gehörstäuschungen verbindet. Eine Kranke hatte hierfür die Bezeichnung: „Es geht mit Schmerzen auf's Gehör über". Sie hielt sich oft die Ohren zu und verstopfte dieselben, um den schmerzhaften Empfindungen zu entgehen.

Eine andere, seit ihrem 25. Lebensjahre an Paranoia leidende, gegenwärtig 52 Jahre alte Dame machte vor 4 Jahren in der Anstalt eine hallucinatorische Exacerbation ihrer Krankheit durch. Seitdem verstopft sie sich beide Ohren, trägt darüber Zeugcompressen und befestigt Alles durch fest angezogene Kopftücher, die sie sich aus ihren Taschentüchern immer wieder anfertigt. Man erfährt von ihr, dass sie ein schmerzhaftes Gefühl in den Ohren und ein Gefühl von Schwindel im Kopf, einen Druck am Herzen hat. „Man pafft und spritzt mir Gift in die Ohren, um mich verrückt zu machen". Die Untersuchung der Ohren ergab normale Verhältnisse. Einmal tamponirte sie sich auch beide Nasenlöcher, da sie fürchtete, dass auch durch diese Oeffnungen Gift in den Kopf gespritzt werden könne.

Eine dritte Kranke, gegenwärtig 55 Jahr alt, seit ihrem 35. Lebensjahre paranoisch, trägt seit einiger Zeit einen ähnlichen Schutzapparat für den Kopf, nur die Gehörgänge verstopft sie nicht. Sie trägt ein Kopftuch frei um die Ohren geschlungen und unter dem Kinn zugeknüpft. Darunter finden sich Polster aus Seidenzeug, welche die Ohren verschliessen. In der letzten Zeit verfertigte sie sich eine gestrickte Kaputze, welche bis zu den Schultern reicht und nur das Gesicht frei lässt — sie sucht diese womöglich auch im Zimmer über dem Kopftuch zu tragen. Diese Pat. will empfinden, dass die atmosphärische Luft ihr schadet, indem sie feste Gestalt annimmt und in die natürlichen Oeffnungen des Körpers, besonders die Ohren, eindringt.

Der Kopf wird ihr ganz wüst davon. Um die in den Körper eingedrungene Luft zu vertheilen und wieder los zu werden, macht sie sich sehr viel Bewegung. Ausserdem führt sie auf ihrem Platz sitzend täglich lange Zeit rhytmische Bewegungen mit einer in der Hand gehaltenen taktstockartigen Zeugrolle aus. „Durch das Schütteln und Schwingen wird die Luft so zertheilt und beeinflusst, dass man nicht irrsinnig wird."

Aus diesen Beobachtungen ist ersichtlich, dass Schutzapparate von sehr ähnlicher Beschaffenheit doch aus ganz verschiedenartigen Ideen entsprungen sein können. In einzelnen Fällen ist die Deutung derselben übrigens eine einfache, so bei den verschiedenen Schutzvorrichtungen, die von weiblichen Patienten mit Gefühlstäuschungen in der Genitalsphäre angewendet werden, um die vermeintlichen geschlechtlichen Angriffe zu verhindern (Vernähen des Unterkleider, Tamponade der Vagina u. dergl.). —

Es scheint die Regel zu sein, dass die Schutzvorrichtungen meist erst in den späteren Stadien der hallucinatorischen Paranoia zur Beobachtung kommen. Die Kranken reagiren zunächst in anderer viel mehr activer Weise gegen die vermeintlichen Verfolger selbst, ehe sie sich in dieser Weise an ihrem Körper zu sichern suchen. In mehreren Fällen waren fünf, sechs und mehr Jahre seit der Entwickelung der Krankheit vergangen, ehe dies Symptom zu beobachten war. Ein gewisser Grad von psychischer Schwäche war bei den Kranken zu bemerken, keineswegs aber ein gröberer Verfall der Intelligenz. Ein Pat. hat, während er einen Schutzapparat trug, sich mit Erfolg mit der Erlernung moderner Sprachen beschäftigt, das Spielen auf dem Harmonium nach Noten autodidactisch erlernt, eine kleine Theateraufführung als Regisseur geleitet. Dieser jetzt 52jährige Herr erkrankte 1864 an Paranoia. Lebhafte Hallucinationen des Gehörs, Geruchs, Gefühls, vor den Augen Flimmern und farbige Lichtblitze, Verfolgungswahn. 1870 wurde bemerkt, dass er eine Papiermaske trug, angeblich, um die von seinen Feinden ausgehenden grellen Lichterscheinungen, die „Reflexstrahlen", von seinen Augen abzuhalten. Peinliche Empfindungen im Gesicht und in den Augen liessen ihn 1876 den Versuch machen, eine Zeugmaske zu tragen. Als ihm dies nicht gestattet wurde, fertigte er sich aus Zeitungspapier einen grossen Schirm an, den er nun immer, durch eine Mütze, resp. Kappe befestigt, trug. Der Schirm soll verhindern, dass man seine Haut mit kleinen unsichtbaren Pfeilen beschiesst und ihm Lichtblitze in die Augen schleudert. 1882 machte Pat. nochmals den Versuch, diesen Schirm mit einer schwarzen Zeugmaske zu vertauschen. Dann blieb er definitiv bis zum heutigen Tage beim Tragen des grossen Papierschirms, nur bei Ausfahrten vertauscht er ihn mit einer schwarzen Schutzbrille. Noch unlängst hat er angegeben, dass er den Schirm trage, um nicht von den unsichtbaren Augen gesehen und verwundet zu werden. Er mache sich dadurch unkennbar. Am liebsten würde er sich eine Drahtmaske vorlegen.

Es verdient noch hervorgehoben zu werden, dass wir die Schutzapparate häufiger bei solchen Kranken beobachteten, welche in völliger Freiheit sich selbst überlassen sind. Die moderne Anstaltsbehandlung, welche durch planmässige Beschäftigung der Versenkung der Kranken in ihre Wahnideen und Hallucinationen entgegenarbeitet, begünstigt aus guten Gründen die Ausbildung der Schutzapparate nicht.

Von besonderem Interesse erschien mir nun die Frage, ob die Kranken durch das Tragen dieser Schutzvorrichtungen eine Erleichterung ihres Zustandes verspüren. Schon der Umstand, dass die Kranken bald ganz mit diesen Apparaten verwachsen, sie ungern ablegen, und wenn man sie ihnen nimmt, sich neue und ähnliche anfertigen, lässt sich nicht einfach durch die Macht der Gewohnheit erklären. Man wird vielmehr ausser der Constanz der Wahnvorstellungen und Hallucinationen daraus entnehmen müssen, dass die eigenthümlichen Schutzapparate von irgendwie erleichterndem Einfluss auf das Empfinden der Kranken sind. Diese Vermuthung wird durch die Angaben der Kranken bestätigt. Man erfährt von ihnen, dass durch das Tragen der Vorrichtungen die peinlichen und lästigen Sinnesempfindungen weniger merklich werden Der Pat., welcher den Ausgang dieser Betrachtung bildete, giebt an, dass der unerträgliche Zwang zum Selbstkratzen und Schlagen aufgehört hat. „Electrisirt wird noch immer, aber die Schläge sind nicht so stark". Sobald er den Gürtel ablegt, wie beim Waschen und Baden, will er wieder starke electrische Ströme in den Armen spüren und den Antrieb empfinden, sich das Gesicht zu beschädigen. — Die Pat., welche sich die Ohren verstopfte, um der Einblasung von Gift in's Gehirn zu entgehen, meint, dass dadurch ihre Empfindungen viel erträglicher geworden seien. Der Träger des Papierschirmes giebt an, dass dieser Apparat ihm positiv helfe, die Lichtblitze und kleinen Pfeile von ihm abhalte.

Das Zustandekommen dieser günstigen Wirkung kann nicht anders gedacht werden, als auf dem Wege der psychischen Vermittelung eintretend. Es handelt sich um nichts anderes bei den Schutzapparaten, als um eine Wirksamkeit der Selbsteinredung, um Autosuggestion. Durch das Tragen der betr. Vorrichtungen wird in den Kranken die Vorstellung befestigt, dass sie gegen die lästigen Sinnesempfindungen ein Schutz- und Vertheidigungsmittel erworben haben. Diese Vorstellung ist es, welche die Intensität der Hallucinationen herabsetzt.

Dass die Hallucinationen Geisteskranker in gewissen Stadien der Krankheit durch psychische Einwirkungen beeinflusst werden können, ist seit lange her bekannt. Der beim Beginn der Paranoia durch einen Wechsel des Aufenthaltes häufig erreichbare temporäre Nachlass der Hallucinationen ist in dieser Weise zu erklären. Bei den obigen Ausführungen über die Schutzapparate handelte es sich meist um die Beeinflussung von Gefühlstäuschungen durch bestimmte Vorstellungen.

Ueber den Einfluss des psychischen Factors bei Hallucinationen des Gehörs und Gesichts hat unlängst Pick beachtenswerthe Beobachtungen veröffentlicht.*) Auch sind die von Sepilli**) mitgetheilten Studien über einseitige Hallucinationen und deren Beeinflussung zu vergleichen. In Sepilli's Fällen scheinen die peripheren Sinnesorgane nicht frei von Reizzuständen gewesen zu sein. So könnte hier, wenn beim Verschluss des Auges die Gesichtshallucination verschwindet, beim Verstopfen des Ohres die hallucinatorische Stimme verstummt, angenommen werden, dass eine periphere

*) Neurol. Centralbl. 1892, pg. 332.
**) Rivist. sperim. di freniatr. 1890 XVI, ref. Centr. f. N. 1890, pg. 378.

Einwirkung auf die Sinnesorgane stattfindet und der veränderte Zustand der Sinnesorgane den hallucinatorischen Process sistirt. Die weiteren Versuche an diesen Kranken (Veränderungen der Gesichtshallucinationen durch vorgehaltene Linsen, Prismen, Spiegel) beweisen indessen, dass der psychische Factor bei der Beeinflussung der Hallucinationen in erster Linie wirksam ist. Auch bei den Schutzapparaten der Paranoischen giebt es einzelne Fälle, die zu der Vermuthung führen können, dass hier eine Einwirkung auf die peripheren Endigungen der Sinnesnerven mit im Spiele ist, doch beweist die unbefangene Durchsicht einer grösseren Anzahl von Fällen, dass der Einfluss von Vorstellungen das Wesentliche bei der Wirkung der Schutzvorrichtungen ist.

Es ist hier nicht der Ort, um den engen Beziehungen nachzugehen, in welchen die von den Paranoischen angewendeten Schutzapparate zum Volksaberglauben, dem Tragen von Amuletten, den sog. sympathetischen Schutzmitteln u. dergl. stehen. Es kann auch nur kurz darauf hingewiesen werden, dass wir auch bei nicht paranoischen Patienten, welche längere Zeit an hypochondrischen Empfindungen leiden, mitunter selbsterfundene Gürtel, bruchbandartige Vorrichtungen u. dergl. antreffen, Apparate, von denen die Kranken untrennbar sind und durch deren Application sie sich auf suggestivem Wege eine Erleichterung der peinlichen Empfindungen verschaffen.

Die Hülfe, welche sich die Paranoischen durch die Anwendung der erwähnten Schutzvorrichtungen verschaffen, ist übrigens nur eine vorübergehende. Sind die peinlichen Empfindungen in der einen Richtung fortsuggerirt oder für einige Zeit erleichtert, so treten sie auf einem anderen Gebiet neu hervor. So empfand unser gürteltragender Patient neuerdings electrische Ströme, welche ihn zwangen, den unteren Theil seines Leibes, welchen er auch bei angelegtem Gürtel bequem erreichen kann, zu stossen und zu kneifen. Da ausserdem die Kranken bei der Ausbildung von Schutzapparaten sich immer mehr isoliren und durch ihr Aeusseres Anstoss erregen, wird man sich bei ihrer Behandlung nur selten dafür entscheiden dürfen, ihre Bestrebungen in dieser Richtung zu dulden. Vielmehr ist planmässige Beschäftigung, wie sie die moderne Anstaltsbehandlung pflegt, auch hier das Mittel, um die Kranken von den peinigenden Sinnestäuschungen abzulenken und sie vor progressivem geistigem Niedergange möglichst zu bewahren.

II.

Kochsalz-Infusionen bei abstinirenden Geisteskranken.

Von Dr. med. Lehmann, Ass.-Arzt der Kreis-Irrenanstalt Werneck.

Angeregt durch die schönen Erfolge, welche die subcutane und intravenöse Infusion von Kochsalzlösung in der chirurgischen, inneren und geburtshilflichen Praxis aufzuweisen hat, hat auch die Psychiatrie versucht, sich dieselbe dienstbar zu machen. Im Laufe des vorigen Jahres wurde

von Ilberg*) in Heidelberg, welcher auf Anregung Kraepelin's die Kochsalzinfusion bei Nahrung verweigernden collabirten Geisteskranken mit gutem Erfolg angewendet hatte, dieselbe warm empfohlen. Ilberg hält dieselbe für einen guten Ersatz der Schlundsondenfütterung, besonders da, wo letztere Schwierigkeiten macht.

Der von Ilberg vertretenen Ansicht kann ich mich im Allgemeinen anschliessen und möchte in Folgendem einige günstige Resultate der Kochsalz-Infusion, besonders bei Melancholikern, mittheilen, und dieselbe dadurch nochmals allen Fachgenossen empfehlen.

Ueber die Technik zu sprechen halte ich für nicht nöthig. Mit Ausnahme einiger unwesentlichen Einzelheiten befolgte ich dieselbe Technik wie Sahli (Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1890, Sept.)

Fall 1. E. S., aufgenommen den 24. December 1892 wegen Melancholia cum stupore.

Nahrungsverweigerung seit der Aufnahme, hochgradige körperliche Schwäche, Trockenheit der Mundschleimhaut, dicke fulginöse Beläge derselben. Unter äusserstem Widerstreben wird tägliche Fütterung mit der Schlundsonde vorgenommen vom 27.—30. December. Der Ernährungszustand wird trotzdem schlechter. Am 2. Januar 1893 wird eine Infusion von ca. 600 Kubikcentimeter 0,75%iger Kochsalzlösung vorgenommen. Einige Stunden darauf verlangt Patientin spontan zu trinken. Gleichzeitig ist auffällig, dass sie mehr spricht und ein frischeres Aussehen zeigt. Am 4. Januar wieder Nahrungsverweigerung. Infusion von ca. 600 cbcm. Kochsalzlösung. Patientin trank kurz darauf Milch. Am nächsten Tage regelmässige Nahrungsaufnahme und wesentlich besseres Aussehen. Die Wahnideen traten zurück, Patientin wird auch psychisch freier. Bis zum 20. Januar schritt die Besserung fort, und es schien Genesung einzutreten. Patientin zeigte ein völlig geordnetes Verhalten und hatte sich körperlich sehr erholt. Anfang Februar wurde Patientin wieder verwirrt, äusserte wieder melancholische Ideen und verweigerte die Nahrung. Am 4. Februar Infusion. Nach derselben regelmässige Nahrungsaufnahme, am gleichen Tage ist Patientin etwas regsamer. In den folgenden Tagen hält die melancholische Verstimmung an, die Nahrungsaufnahme ist jedoch seitdem regelmässig.

2. A. W., aufgenommen den 10. Februar 1893 wegen Melancholia cum stupore.

Die äusserst schwächliche, sehr anämisch aussehende Patientin verweigert jede Nahrung. Puls ist klein und frequent. Am 14. Februar Infusion von ca. 400 Kubikcentimeter 0,75%iger Kochsalzlösung. Nach derselben wurde der Puls wesentlich kräftiger, die Patientin verlangt zu trinken und isst $^1/_2$ Krapfen. Seitdem wieder Abstinenz. 16. Februar Puls 124 in der Minute, sehr schwach. Darauf Infusion von ca. 500 Kubikcentimeter. Kurz nach derselben nimmt die Patientin 2 Tassen Kaffee zu sich. Psychisch bleibt sie unverändert. Der melancholische Zustand hat sich bis jetzt etwas gebessert, die Nahrungsaufnahme ist seither immer gut gewesen, das körperliche Befinden ist ein wesentlich besseres.

---

*) Zeitschrift für Psych. 48, p. 620.

3. J. H., aufgenommen den 25. December 1892 wegen Stupor.

Patientin verweigert die Nahrung, sitzt völlig reactionslos da, spricht nichts und regt sich nicht. Am 28. December Fütterung mit der Sonde ohne Schwierigkeiten. Hat am nächsten Tage von selbst gegessen, sonstiges Verhalten jedoch unverändert. Nach einigen Tagen setzt sie der Nahrungsaufnahme wieder grosses Widerstreben entgegen. Am 6. Februar Infusion von ca. 300 Kubikcentimeter Kochsalzlösung. Isst darauf spontan. Das Pflegepersonal giebt an, dass sie kurz darauf mehr gesprochen habe und etwas regsamer geworden sei. Am 10. Februar Wiederholung der Infusion, nach derselben psychisch entschieden freier, welcher Zustand jedoch nur kurz anhält. Sie versinkt wieder in ihren Stupor, der auch bis heute nur geringe Besserung zeigt. Die Nahrungsaufnahme jedoch seitdem befriedigend.

4. D. M., aufgenommen am 29. März 1893 wegen Melancholia cum stupore.

Patientin abstinirt vollkommen, sie ist sehr schwach. Am 7. April Schlundsondenfütterung unter heftigstem Widerstreben. Das Eingegossene wird fast völlig wieder erbrochen. Am 9. April Infusion von ca. 500 Kubikcentimer Kochsalzlösung. Der Puls, welcher vorher sehr elend, oft aussetzend, ca. 120 in der Minute war, fällt nach ca. einer Viertelstunde auf 112, wird kräftiger und regelmässig. Am Abend desselben Tages wegen drohendem Collaps Wiederholung der Infusion. Der Puls bessert sich ein wenig. Patientin wird regsamer und spricht einige Worte, abstinirt jedoch weiter. 10. April. Dritte Infusion. Puls bessert sich, 100 in der Minute. Patientin spricht einige Worte, abstinirt jedoch. 11. April. Vierte Infusion. Nach derselben verlangt Patientin Wasser zu trinken und Abends etwas Milch. 12. April. Fünfte Infusion von ca. 800 Kubikcentimeter. Abstinenz dauert fort. Am 13. April erfolgte Erbrechen von kaffeesatzähnlichen Massen. Die Diagnose wurde von mir (leider fälschlich) auf Magenblutung in Folge Carcinoma ventriculi gestellt und die Infusionen desshalb eingestellt. Am 14. April noch mehrmaliges Erbrechen derselben Massen. Abends 8 $\frac{h}{=}$ exitus.

Die Section ergab Magen- und Darmblutungen und ein schnittförmiges ca. 5 cm langes ulcus im Magen. Es scheint die Annahme berechtigt, dass die Patientin vor ihrer Aufnahme Glasscherben oder dergl. in selbstmörderischer Absicht zu sich genommen habe, welche diese inneren Verletzungen verursachten. Vielleicht hätte in diesem Falle Fortsetzung der Infusionen den Kräftezustand der Patientin noch so lange zu bessern vermocht, bis eine Besserung ihres psychischen Zustandes eingetreten wäre.

Epikrise.

I. In allen Fällen und zwar nach jeder Infusion konnten wir eine Zunahme der Herzthätigkeit und der Kräfte constatiren. Ich glaube bestimmt, dass im ersten Fall die Infusion geradezu lebensrettend gewirkt hat und im 4. Fall den exitus sicher um einige Tage hinausgeschoben hat. Die Infusion ist demnach im Stande, einen drohenden Collaps zu verhüten und vermag durch die vermehrte Flüssigkeitszufuhr das Leben um sicher einige Tage zu verlängern. Gerade bei der Behandlung Melancholischer ist dies von Wichtigkeit, weil eventuell während dieser Tage ein Nachlass der melancholischen Wahnideen eintreten kann.

II. In fast allen Fällen trat nach der Infusion das Verlangen nach Trinken und öfters auch nach Speise ein. Dies ist meines Erachtens der Haupterfolg der Infusion. Man kann wohl annehmen, dass der vermehrte Chlornatriumgehalt des Körpers durch Hervorrufen von Durstgefühl und durch seine Anregung der Speicheldrüsen diese Wirkung hervorbringt. Wie schon Ilberg betont, wird es wohl Patienten geben, die in Folge ihrer äusserst hartnäckigen Wahnidee, sich der Nahrung enthalten zu müssen, auch den durch die Infusion erzeugten Durst zu überwinden im Stande sind, doch sind dies Ausnahmen.

III. Wir konnten einige Male, wenn auch nur vorübergehend, einen günstigen Einfluss der Infusion auf den psychischen Zustand, speciell den Stupor, beobachten. Wie wir uns diese Wirkung zu erklären haben, darüber möchte ich kein bestimmtes Urtheil abgeben. Jedenfalls spielen hier physikalische und chemische Verhältnisse eine Rolle; erstere insofern, als der Blutdruck erhöht wird, letztere insofern, als die Blutbeschaffenheit verbessert wird und dadurch eine bessere Durchschwemmung des Gehirns und Beseitigung der Stoffwechselproducte ermöglicht wird.

So verlockend es erschien, eine fortgesetzte Behandlung des Stupors mittelst Kochsalz-Infusionen vorzunehmen, so hielt ich dies doch noch nicht für angezeigt, so lange unsere wissenschaftlichen Anschauungen über die physikalischen und chemischen Verhältnisse des Blutes bei Geisteskrankheiten noch nicht geläutertere sind. Da gerade in jüngster Zeit auf beiden Gebieten thätig gearbeitet wird, ist die Voraussetzung, dass obige Frage in absehbarer Zeit zu beantworten sein wird, wohl berechtigt.

Da die Fälle, in denen die Kochsalz-Infusion am Platze ist, nicht allzu häufig sind, so ist es wohl unmöglich, in kurzer Zeit ein abschliessendes Urtheil über den Werth derselben in der psychiatrischen Praxis zu gewinnen. Soviel glaube ich jedoch auf Grund meiner Beobachtungen behaupten zu können, dass wir wegen ihrer Ungefährlichkeit berechtigt sind, dieselbe bei abstinirenden Geisteskranken an Stelle der Schlundsondenfütterung vorzunehmen und dass wir Grund haben, sie wegen ihrer vielfachen Vortheile der letzteren vorzuziehen.

II. Bibliographie.

278) **Obersteiner:** Arbeiten aus dem Institut für Anatomie und Physiologie des Centralnervensystems an der Wiener Universität.
(Wien, Verlag von F. Deuticke 1892.)

Das Buch enthält 6 Sonderabdrücke aus den Jahrbüchern für Psychiatrie. Nr. 1, 3 und 6 sind bereits in diesem Blatte besprochen (cfr. 1893, Ref. 3, 70, 69).

2. Beer: Ueber die Verwendbarkeit des Eisenchlorid-dinitroresorcinfärbung für das Studium der Degeneration peripherer Nerven.

Frische Nervenstämmchen kommen auf mindestens mehrere Tage in eine 20—25%ige wässerige oder alcoholische Lösung von Eisenchlorid, werden dann ausgewaschen und kommen in eine gesättigte Lösung von Dinitroresorcin in 75%igen Alcohol. Entwässerung und Einbettung. Die

Nerven erhalten eine dunkelgrüne Farbe. Den beigegebenen Abbildungen nach zu urtheilen, giebt diese Methode Bilder von hervorragender Klarheit und eignet sich speciell für das Studium der feineren anatomischen Verhältnisse des Axencylinders, Markzeichnung, Ranvier'schen Einschnürungen etc. Ganz besonders geeignet ist dieselbe aber für die Untersuchung der feineren Degenerationsvorgänge. Die Methode ist einfach und wegen ihrer Klarheit eine werthvolle Bereicherung unseres Methodenschatzes.

4. Poniatowsky: Ueber die Trigeminuswurzel im Gehirn des Menschen nebst einigen vergleichend anatomischen Bemerkungen.

Nach den Untersuchungen des Verf. besteht der Trigeminus aus folgenden Theilen:

I. Sensible Trigeminuswurzel:
   a) aufsteigende Wurzel, deren Fasern ihren Ursprung in der Gegend der Zellen der Hinterhornbasis, höchst wahrscheinlich auch im Kopfe des Hinterhorns haben.
   b) Fasern aus dem sensiblen Trigeminuskern derselben und
   c) der andern Seite.

II. Motorische Trigeminuswurzel.
   a) Fasern aus dem motorischen Kern derselben und
   b) der anderen Seite.
   c) absteigende Trigeminuswurzel.

Bemerkenswerth ist, dass Verf. die Existenz von Fasern, welche aus dem loc. coeruleus zum sensiblen Trigeminskern gehen sollen, sowie die eines vom Kleinhirn stammenden Antheils leugnet oder mindestens als sehr zweifelhaft erscheinen lässt.

5. Braeutigam: Vergleichend anatomische Untersuchungen über den Conus medullaris. Die Einzelheiten dieser recht guten anatomischen Arbeit sind im Orginal nachzulesen. Lehmann (Werneck).

---

278) 1. **Pierson-Sperling**: Lehrbuch der Electrotherapie. 6. Auflage, bearbeitet von Dr. A. Sperling (Berlin) mit 89 Abbildungen.
(Verlag von A. Abel. Leipzig 1893. Preis 6.75 Mk.)

2. Dr. **L. Hirt** (Breslau): Lehrbuch der Electrodiagnostik und Electrotherapie. Für Studirende und Aerzte.
(Verlag von F. Enke. Stuttgert 1993. Preis 7. Mk.)

3. Dr. **Franz Windscheid**: Die Anwendung der Electricität in der medicinischen Praxis.
(Verlag von C. G. Naumann. Leipzig 1893. Preis 1.50 Mk.)

Die practische Medicin steht gegenwärtig im Sternbilde der Hydrotherapie und Electrotherapie; denn die Lehrbücher für diese beiden Disciplinen tauchen gleich Pilzen eines nach dem andern in der Litteratur auf. Was speciell die Anwendung der Electricität in der Nervenheilkunde betrifft, so hätte man nach dem Bannfluche, den Möbius vor wenigen Jahren gegen diese Heilmethode in der Medicin geschleudert hat, eigentlich annehmen sollen, dass ihr für immer der Garaus gemacht worden sei. Doch nein, im Gegentheil, der wuchtige Hieb, den Möbius dem Baume dieser jung aufstrebenden Wissenschaft versetzte, liess ihn nur um so kräftiger aufschiessen. Die ärztliche Welt wurde dadurch aufmerksam gemacht, dass

der Heilschatz ausser den Mixturen und Tincturen noch ein Mittel berge, das man sich auf seinen Werth einmal näher ansehen müsse — und die verschiedensten Zeitschriften brachten bald eine Fülle von einschlägigen Beobachtungen. Daher kommt es auch, dass zu gleichem Zeitpunkt drei Lehrbücher über Electrotherapie kürzlich erschienen sind. Schon dieser Umstand spricht offenbar dafür, dass ein Bedürfniss für dieselben vorliegen muss.

Pierson-Sperling's Handbuch ist bereits in 5 Auflagen erprobt. Die vorliegende 6. Auflage gleicht, abgesehen von einigen wenigen Abänderungen resp. Zusätzen im physicalischen Theile und einer Anzahl instructiver Krankengeschichten, die in die Behandlung der einzelnen Krankheitsformen eingeflochten sind — so dass die Seitenzahl von 342 auf 405 Seiten gestiegen ist — der letzten Auflage vollständig. Obwohl Aenderungen an einem so bewährten Buche, wie das vorliegende, überflüssig erscheinen, so hätten wir es doch gern gesehen, wenn der Verfasser auch den Fortschritten der letzten Jahre gerecht geworden wäre. Die Kapitel über Anwendung der Electricität in der Frauenheilkunde, in der Augenheilkunde und in den übrigen Specialfächern, desgleichen über die Electrolyse, die durch Gräupner im vergangenen Jahre eine zusammenfassende Darstellung erhalten hat, stehen daher nicht mehr auf der Höhe der Wissenschaft. In dem Buche von Hirt dagegen haben gerade diese Punkte eine zeitgemässe Würdigung gefunden. — Das Werthvolle an der neuen Auflage von Pierson-Sperling sind die eingefügten Krankengeschichten, passend ausgewählte Beobachtungen aus der Praxis, um die heilbringende Wirkung des constanten Stromes, die in einzelnen Fällen geradezu an's Wunderbare grenzt, so recht zur Anschauung zu bringen.

Das Lehrbuch von Hirt liegt in der ersten Auflage vor und entspricht vollständig den Erwartungen, die man dem Verfasser der „Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten" entgegenbringt. Die präcise und dabei fliessende Diction lässt auf jeder Seite den gründlichen Forscher erkennen, der zum überwiegenden Theile über eigene Beobachtungen und Erfahrungen berichtet. Eine werthvolle Beigabe ist das der Mehrzahl der Kapitel beigefügte Verzeichniss der einschlägigen Litteratur (vom Jahre 1880 an bis 1892 incl.).

Im Gegensatz zu Sperling und Hirt, die den Stoff erschöpfend zu behandeln suchen, hat Windscheid sich ein engeres Ziel gesteckt. Er verfolgt rein practische Zwecke, er will dem Studirenden der Medicin eine Einleitung zur Methode der Electrotherapie und Diagnostik geben und hält sich desshalb auch geflissentlich von theoretischen Erörterungen fern.

Der Raum verbietet es uns, auf die Einzelheiten in extenso einzugehen; nur einige wichtige Punkte mögen Erwähnung finden. — Alle drei Autoren stimmen darin überein, dass sowohl der Nihilismus als auch der Enthusiasmus in der Electrotherapie als zwei Extreme zu verurtheilen sind, dass vielmehr dieser Heilmethode bei richtiger Anwendung wohl ein therapeutischer Werth und zwar ein nicht geringer, zukommt. Nur über das „Wie" gehen die Ansichten auseinander. Hirt leugnet jedweden directen Einfluss auf Nerven und Muskeln; er stempelt alle heilsamen Wirkungen des electrischen

Stromes zu solchen der Suggestion; Sperling lässt der Suggestion zwar auch eine gewisse Berechtigung in der Electrotherapie angedeihen, ist aber weit davon entfernt, die überaus günstigen Erfolge, z. B. bei Neuralgien, Neuritiden, Neurasthenie u. a. m. einfach als psychische Beeinflussung aufzufassen; Windscheid endlich spricht sich über diesen Punkt nicht entscheidend aus, scheint indessen der Auffassung Sperling's beizupflichten. Da Hirt die Suggestion die wesentliche Rolle in der electrischen Behandlung spielen lässt, so nimmt es Wunder, dass er trotzdem auf ein methodisches Electrisiren so grosses Gewicht legt. Ist die Wirkung der Electricität in der That eine suggestive, so folgt daraus, dass der Arzt an eine bestimmte Methode nicht gebunden ist; der zu suggerirenden Person bleibt es gleich, welcher Strom und von welcher Stärke und von welcher Dauer angewandt wird, wenn dies nur auf eine möglichst imponirende Weise — und dazu gehört nicht zum Mindesten ein gehörig fühlbarer Strom — geschieht. Dadurch, dass Hirt für ein „rationelles" Verfahren bei Anwendung des electrischen Stromes plädirt und über Stromstärke, Auswahl der Electroden, Ein- und Ausschleichen des Stromes, Gebrauch des absoluten Galvanometers etc. genaue Vorschriften erlässt, giebt er im Grunde genommen doch selbst zu, dass ausser der suggestiven Wirkung beim Electrisiren noch ein specifischer Einfluss auf das Nervensystem in Frage kommt. Er erkennt ausserdem an, dass der menschliche Organismus auf den electrischen Strom je nach seiner Individualität verschieden reagire und empfiehlt daher mit Recht zu individualisiren. Nach dem Vorgange von C. W. Müller spricht er sich für eine durchschnittliche Stromdichte von $^1/_{18}$ aus, die „meist gut vertragen wird und therapeutisch Nennenswerthes leistet", giebt jedoch auch die Möglichkeit zu, dass oft mit schwächerer oder erheblicherer Stromesdichte die nämlichen Heilresultate erzielt werden.

Sperling seinerseits, trotzdem er persönlich mit viel geringerer Stromdichte arbeitet, was er auch in den Krankengeschichten zum Ausdruck bringt, hat sich doch noch nicht entschliessen können, solche minimalen Dosen als Norm hinzustellen; er hat die alten Vorschriften über Stromdosirung in die neue Auflage übernommen. — Wie sich Windscheid zu dem fraglichen Punkte stellt, lässt sich aus seinem Schriftchen nicht recht ersehen. Er ist sich hinsichtlich der Stromdosirung nicht consequent. So warnt er Seite 131 bei der Galvanisation des Gehirns vor stärkerer Stromdichte als $^{1,5-2}/_{50}$ und räth andererseits auf Seite 142 im gegebenen Falle eine solche von $^1|_{10}—^2|_{10}$ in Anwendung zu bringen u. a.

Den drei Werken sind zahlreiche instructive Abbildungen, zumeist solche der gangbarsten Apparate, beigegeben; besonders an dem Schriftchen von Windscheid gefällt uns, dass darunter sich einige Figuren befinden, die den complicirten stationären Apparat in seinen Einzelheiten übersichtlich nnd gemeinverständlich zur Anschauung bringen.

Pierson-Sperling und Hirt empfehlen sich auch für den Electrotherapeuten von Fach, Windscheid mehr für den Studirenden und practischen Arzt.

Buschan.

III. Referate und Kritiken.

279) **Herbert Davies:** The relationsship between the Phrenic and inferior laryngeal nerve.

(The Lancet, 21. Jan. 1893, pag. 128.)

D. sucht die Eigenthümlichkeit des Umweges des Laryngeus durch Vergleich mit dem Phrenicus zu erklären. Beide Nerven müssten synchronisch wirken, damit der Athmungsmechanismus richtig functionirt. Angenommen, die Rima glottidis öffnet sich später als das Zwerchfell Luft in die Lunge einzusaugen beginnt, so muss ein Zustand entstehen, der dem Laryngismus stridulus ähnlich ist. Um nun die synchronische Wirkung der musculi circo-arytaenoidei und des Zwerchfells zu erzielen, sind der Phrenicus und der Laryngeus annähernd gleich lang gemacht, denn nur in diesem Fall braucht in beiden Nerven der Nervenreiz gleich viel Zeit, um zu seinem Ziel zu gelangen. Wichmann.

280) **John Macpherson:** Vacuolation of nerve-cell nuclei in the cortex in two cases of cerebral concussion.

(The Lancet, 21. Mai 1892, pg. 1127.)

In zwei Fällen, welche untersucht wurden und Irre betrafen, die nach einer Kopfverletzung starben, fand M. in den Zellen der 4. und 5. Schicht der Rinde der motorischen Zone und der Stirngegend Vacuolen in den Zellkernen. M. nimmt an, dass dieselben durch Contre-coup in Folge Verletzung des Hinterhauptes entstanden und zwar durch vasomotorische Störungen hervorgebracht seien. (? Ref.) Wichmann.

281) **J Grasset:** Du vertige des ataxiques (signe de Romberg).

(Arch. de Neurol. XXV, 73 u. 74.)

Verf. verficht die schon früher von ihm aufgestellte Behauptung, dass das Romberg'sche Symptom als eine Schwindelerscheinung aufzufassen sei, die durch den plötzlichen Uebergang aus dem hellen Tageslicht in völlige Dunkelheit hervorgerufen werde. Die gewöhnliche Auffassung, dass der Tabiker bei Augenschluss in's Schwanken gerathe, weil er bei der vorhandenen Störung der Sensibilität der Haut (namentlich der planta pedis) oder der Muskeln und Gelenke die Controlle über seine Füsse verliere, kann nicht richtig sein, weil manche Tabiker keine oder fast keine Spur von Sensibilitätsstörungen oder Ataxie zeigen und doch das Romberg'sche Symptom darbieten, andererseits aber manche Hysterische mit fast völligem Verlust des Haut- und Muskelgefühls bei geschlossenen Augen durchaus nicht in's Schwanken gerathen. Andere Tabiker — und Gr. giebt in der Arbeit die Krankengeschichte eines solchen ziemlich ausführlich wieder, wobei er auch auf die Beziehungen der Tabes zur Syphilis zu sprechen kommt — verlieren sofort das Gleichgewicht, sobald die Augen geschlossen werden oder sobald sie aus einem hellerleuchteten Zimmer in ein dunkles treten; sie gehen aber gerade so sicher wie gewöhnlich, wenn man die Controlle der Füsse durch die Augen dadurch unmöglich macht, dass man die Kranken an die Stubendecke schauen lässt oder zwischen Gesicht und

Füsse ein Stück Pappe oder dergleichen bringt, das die letzteren völlig verdeckt. Diese Auffassung des Romberg'schen Zeichens als eine der Tabes eigenthümliche Schwindelerscheinung, die mit etwa vorhandenen Störungen der musculocutanen Sensibilität oder mit der Ataxie an sich nichts zu thun hat, gewinnt noch dadurch an Wahrscheinlichkeit, dass die Kranken gleichzeitig, sobald sie bei plötzlichem Augenschluss in's Schwanken gerathen, ein lebhaftes Angstgefühl empfinden; dieses die Gleichgewichtsstörung begleitende Gefühl von Furcht und Schrecken soll für den Schwindel characteristisch sein. Falkenberg-Lichtenberg.

---

282) **Archibald Church** (Chicago): The vertigo of arteriosclerosis.
(The journal of nervous and mental disease, Sept. 1892.)

Schwindelanfälle bei Personen im vorgerückten Lebensalter sind nicht selten auf Arteriosclerose zurückzuführen. Derartige Kranke klagen oft über Blutwallungen nach dem Kopfe. Hitze der Kopfhaut, Flecken vor den Augen; sie werden ohnmächtig oder schwindelig, fühlen alles im Kreise um sich herum drehen, haben Angst, wie wenn der Tod unmittelbar bevorstehe etc. Diese und ähnliche Vorkommnisse, die vasculären Ursprungs sind, müssen zu einer sorgfältigen Untersuchung des Gefässsystems veranlassen, wodurch oft die wahre Ursache einer sonst als Menière'scher Schwindel, Magenschwindel etc. aufgefassten Störung entdeckt wird. Die Therapie ist die der Atherose überhaupt und redet Verf. besonders dem mässigen Gebrauche von Jodkali das Wort. Strauscheid.

---

283) **Stroeber** (Berlin): Geschwülste des Gehirns. Vortrag in der Berl. Medicin Gesellsch., 11./I. 1893.
(Berl. klin. Woshenschrift 1893, Nr. 5.)

S. demonstrirte zunächst ein Sarcom der rechten Kleinhirnhemisphäre von einem 38jährigen Manne, welcher 3 Monate vor seinem Tode unter Schwindel, Taumeln und Schmerzen im Hinterkopf erkrankt war. Es war starke Herabsetzung des Sensoriums, Pulsverlangsamung und hochgradige doppelseitige Stauungspapille vorhanden. Dazu trat nach 8 Tagen eine rechtsseitige Hemiparese. Bei der Section war die rechte Kleinhirnhemisphäre in ihrem Innern durch eine aus 2 Knoten bestehende weiche, die Oberfläche nur hinten und aussen erreichende Neubildung eingenommen, welche sich als kleinzelliges, von reichlichen Gefässnetzen durchzogenes Rundzellensarcom erwies. Die Diagnose eines Kleinhirntumors war im Leben gestellt worden.

Das zweite Präparat, ein Papillom des Plexus chorioideus im linken Seitenventrikel stammte von einem $1^3/_4$jährigen Knaben, welcher 3 Wochen vor dem Tode mit Fieber, Erbrechen, Krämpfen in den Extremitäten, Nackensteifigkeit, Pulsverlangsamung und Strabismus erkrankt war, so dass an eine tuberculöse Meningitis gedacht wurde. Die Obduction ergab neben einer starken Abplattung der Gyri an der Oberfläche im colossal erweiterten linken Seitenventrikel einen über wallnussgrossen, zottigen, rothgrauen Tumor an der Stelle, wo der Plex. chor. in das Unterhorn hinabsteigt. Die Geschwulst füllte das Unterhorn ganz aus und hatte den linken Thalamus opticus, sowie Balken und Gewölbe mit Septum pellucidum stark nach

rechts gedrängt. Die Geschwulst, welche in ihrem Inneren stellenweise kleine gallertige Kugeln einschloss, war microscopisch aus schlanken, vielfach dendritisch verzweigten, mit einschichtigem Cylinderspithel überzogenen Papillen zusammengesetzt, während der Grundstock von gefässhaltigem Bindegewebe gebildet war.

Das dritte Präparat, eine Perlgeschwulst der Pia, zwischen Kleinhirn und Medulla hatte bei der 76jährigen Frau im Leben keine Erscheinungen gemacht. Die nussgrosse, annähernd runde Masse lag zwischen dem Unterraum des Kleinhirns und der Medulla. Hoppe.

---

284) **Francis Boyd**: Note on two cases of cerebral haemorrhage
(Edinburgh med. Journal 1892, Juni.)

Ein 65jähriger Mann, früher stets gesund, fühlte sich seit 6 Tagen unwohl. Bei der Aufnahme bot er folgenden Status: Pat. nimmt die Rückenlage ein, ist comatös. Herztöne schwach. Der rechte Arm ist contracturirt. An der rechten Gesichtsseite die Sensibilität herabgesetzt. Patellarreflex rechts gesteigert. Am nächsten Tag löste sich die Contractur des rechten Armes und es trat vollkommene Paralyse ein. Dagegen waren am linken Arm Spasmen zu beobachten. Die Section ergab ausser seröser Durchtränkung der Pia Blutungen aus der Gehirnoberfläche, rechts ausgedehnter als links, den Parietal- und Occipitallappen einnehmend. Ferner fand sich eine grosse Haemorrhagie im linken Gehirn, die in den Seitenventrikel durchgebrochen war.

Ein 34jähriger Mann, dessen Krankheit mit Erbrechen, Kopfschmerz, leichter Benommenheit begonnen hatte, wurde nach einigen Tagen comatös. Die Pupillen waren weit, reagirten nicht auf Licht (Neuritis optic.). Puls klein, stieg bis 140. Lähmungen waren nicht zu constatiren. Da gesteigerter Hirndruck vorlag, wurde eine Schädeltrepanation vorgenommen und eine Menge klaren Serums entleert. Nach der Operation schien es dem Pat. etwas besser zu gehen. Trotzdem trat Lungenödem ein; 48 Stunden nach der Operation Exit. letal. Die Section ergab Basilaralmeningitis, keine Tuberkeln. Grosse Haemorrhagie im rechten Occipitallappen, die nach dem rechten Seitenventrikel durchgebrochen war. Der Fall ist bemerkenswerth wegen der Gleichzeitigkeit der Meningit. basil. und der Haemorrhag. cerebral.
Bielchowsky.

---

285) **David M. Greig**: Hyperostosis corresponding to the distribution of the nervus trigeminus.
(Edinburgh med. Journal, Juli 1892.)

Der 15jährige Müllerknecht D. hatte sich in seinem 5. Lebensjahr eine Contusion der rechten Stirnseite zugezogen. Im übrigen war er stets gesund gewesen. Im Jahre 1886 bemerkte die Mutter zum ersten Male eine Geschwulst an der rechten Seite der Stirn. Mit dem Wachsthum des Körpers nahm dieselbe auch an Grösse zu. Der Kopf weist jetzt eine starke Asymmetrie auf. Die rechte Stirnseite erscheint bedeutend umfangreicher als die linke. Die Verdickung ist begrenzt nach unten durch den arc. zygomat. und den unteren Orbitalrand, nach hinten von einer durch den äusseren rechten Gehörgang gezogenen Senkrechten, nach der Stirn zu

durch die Medianlinie. Die Entfernung vom inneren Winkel des rechten Auges bis zu dem meat. audit. ext. dext. beträgt 5 Zoll, das correspondirende Mass links $4^3/_8$ Zoll. Die Entfernung von der Glabell. bis zur Protub. occip. ext. beträgt rechts $11^1/_2$, links $10^1/_2$ Zoll. Verf. hält den Tumor für eine Hyperostosis, die in Folge trophischer Störungen im N. trigeminus entstanden ist. Dem im 5. Lebensjahre erfolgten Trauma legt er aetiologisch keine Bedeutung zu. Bielchowsky.

286) **Charles L. Dana** (New-York): Primary haemorrhage of the lateral ventricle.

(The journal of nervous and mental disease, Jan. 92.)

Ein 61jähriger Mann von unbekanntem Vorleben wurde eines Tages in stuporösem Zustande vor dem Bett liegend gefunden und nach 4 Tagen in das Hospital gebracht. Bei der Aufnahme war er halb comatös, konnte aber zu einigen Antworten gebracht werden und vermochte mit Hülfe aufzustehen. Keinerlei Lähmung oder Anästhesie war vorhanden. Meist lag er ruhig im Bett. 2 Tage nachher Steigen der Temperatur auf 38^0, ebenso am folgenden Tage, wo sich volles Coma und stertoröses Athmen einstellte. Tags darauf 41^0, Cheyne-Stokes'sches Athmen, Tod. Bis zum Tode keinerlei Zeichen von Lähmung. Bei der Autopsie fand man den rechten Ventrikel mit Blut gefüllt, nur wenig war in den dritten Ventrikel gedrungen; die Blutung stammte aus einer oberflächlichen Vene im äusseren vorderen Theile des Thalamus opticus, der hier wie auch der benachbarte Theil des corpus striatum oberflächlich zerrissen war. Die Gehirngefässe waren ausgedehnt und chronisch entzündet. Das Blut betrug ca. 3—4 Unzen.

Dieser äusserst seltene Fall von Blutung in den Seitenventrikeln zeigt demnach als hauptsächliches Characteristicum Stupor und geistige Schläfrigkeit, sowie Fehlen jeder motorischen Lähmung.

Strauscheid.

287) **Hermann Knapp**: Verhältniss der Hirnkrankheiten zu Erkrankungen des Gehörorgans. Aus der New York Academy of Medicine. (Sitzung vom 6. October 92.) Vereinsbericht.

(The Medic. Record, 22. Oct. 92.)

Knapp sagt, dass alle eitrigen Erkrankungen des Canal. auditor. ext. zu tödtlichen Hirnkrankheiten führen könnten, dass dies aber am häufigsten der acute eitrige Mittelohrcatarrh thue. Als „warnende Zeichen" seien in allen solchen Fällen die meningealen Reizungssymptome zu betrachten und zwar andauernder Kopfschmerz, gelegentlicher Ekel, Erbrechen, Schwindel, geringe Temperatur und Pulssteigerung. Bei der Schwierigkeit, zu diagnosticiren, ob noch meningeale Reizung oder schon meningeale Entzündung vorliege, solle man nicht zögern, sondern schon operiren, sobald jene Warnungszeichen vorhanden seien; doch solle man sich nicht mit der einfachen Paracentose des Trommelfells begnügen, sondern im Nothfalle, d. h. wenn durch dieselbe kein Eiter gefunden werde, keine subjective Erleichterung eintrete u. s. w. den Warzenfortsatz, ja selbst den Schädel, die Dura, das Gehirn öffnen.

Landon Carter Gray spricht sich ebenfalls für frühzeitiges und eingreifendes Operiren aus. Da man sich mehr und mehr überzeuge, dass das Gehirn selbst recht grosse chirurgische Eingriffe gut vertrage, so solle man gerade bei Ohrkrankheiten mit der Eröffnung des Schädels nicht ängstlich sein, — dies um so weniger, als die Nervenärzte öfter, als dies Knapp anzunehmen scheine, im Stande seien, Erkrankungen des Gehirns richtig zu diagnosticiren und zu localisiren, so dass der Operateur getrost ihren Angaben folgen könne — eine Ansicht beiläufig, die Benjamin Sachs glaubt, bekämpfen zu müssen. Er, Pooley und vor allem Grüning sprechen sich gleichfalls für frühzeitige und erschöpfende Operationen am Gehörorgane aus, da man so am sichersten Hirncomplicationen vermeide; seien diese aber einmal da, so solle man sich vor der eingreifendsten Operation nicht scheuen. Auch Allen Starr will zeitig am Gehörorgan operiren, denn wenn von ihm aus die Hirnhaut, das Hirn, die Sinus einmal ergriffen seien, so mache es oft die grössten Schwierigkeiten, den Sitz und die Art der Erkrankung zu diagnosticiren. Voigt.

---

288) **M. Allen Starr** (New-York): „A case of alternate hemianalgesia, with some remarcs upon the sensory disturbances in diseases of the pons Varolii. (Ein Fall von alternirender Hemianalgesia, mit Bemerkungen über die sensiblen Störungen bei Erkrankungen der Brücke.)

(The Medic. Record, 11. Febr. 1893.)

Ein 42jähriger gesunder Mann wachte eines Nachts mit Kopfschmerz auf und merkte beim Versuche aufzustehen, dass seine rechte Seite gelähmt sei. Es folgten Fieber, Delirien, Schlaflosigkeit, später Besserung der Parese. Eine etwa 10 Wochen nach dem Beginn der Erkrankung vorgenommene Untersuchung ergab Folgendes: Eine gewisse von Schwindelgefühl abhängende Unsicherheit beim Gehen, aber keine motorische Schwäche; mässige Steigerung der Patellarreflexe, kein Fussclonus; das Gefühl für Schmerz-, Kälte- und Hitzeeindrücke, in geringem Grade auch der Berührung ist in der linken Gesichts- und rechten Körperhälfte (einschliesslich Nacken und Hinterfläche des Kopfes) vollkommen aufgehoben. Zu diesen Symptomen gesellte sich im Laufe des nächsten Halbjahrs rechtsseitige Hirnhaut-Entzündung; auch wird eine (vielleicht schon länger bestanden habende?) Lähmung des linken m. obliqu. super. und Diabetes mellitus entdeckt. — Betreffs der Diagnose setzt Verf. auseinander, dass es sich nur um einen kleinen Bluterguss an einer bestimmten Stelle der Brücke handeln kann.

Dr. Voigt.

---

289) **Steel**: A case of myelitis simulating haematomyelia by its sudden onset, unilateral analgesia and Thermo-anästhesia; grey matter chiefly affected.

(The Lancet, 21. Jan. 1893, pg. 143,)

Ein 13jähriges bis dahin gesundes Mädchen erkrankt am 14. Nov. 91 beim Fensteröffnen plötzlich mit Lähmung beider Arme. Nach einer Stunde tritt auch Schwäche in den Beinen auf, die am Abend desselben Tages auch gelähmt sind. Tags darauf Schmerz zwischen den Schultern, der eine Woche anhielt. Am ersten Krankheitstage: Harnverhaltung. Keine Verletzung des Rückens, keine Lues. Doch hatte sie 2 Tage vorher anscheinend einen leichten Frost gehabt.

1. Dec. 91. Status: Anämisch, gut genährt; subnormale Temperatur. Schlaffe Lähmung beider Beine; im linken Hüft- und Kniegelenk leichte Beugung möglich, rechts nicht. R. schwacher Patellarreflex; links fehlt er. Kein Fussclonus, schwache Plantarreflexe. Abdominal- und epigastr. Reflexe fehlen. Fast vollständige Lähmung der oberen Extremitäten. Nur Biceps und Supinator longus contrahiren sich beiderseits gut. Bewegungen in den Schultergelenken möglich, am wenigsten die Adduction. Zwerchfellathmen. Empfindung und Localisation von Nadelknopfberührung ist am Rumpf und den Extremitäten gut, doch ist Pat. nicht im Stande, am linken Bein, linken Bauchseite und Brust bis zur 7. Rippe zwischen Nadelknopf und -Spitze zu unterscheiden. Hier verursacht tiefer Stich keinen Schmerz. Am Vordertheil des Oberarms, am Radialrand des Vorderarms und an der Radialhälfte der Hände und Daumen werden Stiche besser empfunden. An den analgetischen Partien ist sie unfähig, kalt und heiss genau zu unterscheiden. Die Vorstellung von der Lage der Extremitäten ist erhalten. Der 7. Cervical- und 1. und 2. Dorsalfortsatz sind auf Percussion empfindlich. Ferner besteht leichter Schmerz in der unteren Cervical-, mehr Schmerz in der Lendengegend. Das ganze rechte Bein ist hyperästhetisch und schmerzt. Die linke Pupille ist weiter als die rechte. Unter Fieber, etwas roseolaähnlichen Flecken auf dem Leibe und Tympanitis stirbt Pat. am 23. Dec.

Section: Rückenmarkshäute normal. Rückenmark in der unteren Cervicalgegend weich. Keine Hämorrhagie, kein Tumor. Milzvergrösserung. Zwei kleine Ulcera im unteren Theil des Ileum, deren Längsaxe parallel dem Darmlumen steht. Microscopische Untersuchung ergiebt: Acute Myelitis hauptsächlich der grauen Substanz in der unteren Hälfte der Cervicalgegend und oberen Dorsalgegend. Bemerkenswerth ist, dass Mutter und ein Bruder gleichzeitig an Typhus erkrankt waren.

Wichmann.

---

290) **Leroy**: La paralysie générale spinale diffuse subaignë de Duchenne représente-t-elle un type distinct de myélite diffuse?

(Archiv de Neurologie 1892, Juillet.)

L. bejaht die aufgeworfene Frage auf Grund eines von ihm beobachteten Falles. 32jähriger erblich nicht belasteter Mann erkrankt plötzlich (unter Fiebererscheinungen?) an Paraplegie beider Beine; 10 Tage später Retentio, dann Incontinentia urinae, nach weiteren 11 Tagen Lähmung der beiden Arme, bald darauf Ptosis des rechten oberen Augenlids und Doppelsehen, Decubitus am Kreuzbein. In der 8. Krankheitswoche Aufnahme in's Hospital; dort wurde gefunden: Völlige Lähmung der unteren Extremitäten, Atrophie der Schenkel- und Wadenmusculatur, Parese beider oberen Extremitäten, beträchtliche Atrophie der Muskeln, namentlich an den Vorderarmen und an den Händen; keine Spasmen oder Contracturen; geringe Herabsetzung der Sensibilität, nie wesentliche Schmerzen; Fehlen des Plantarreflexes; rechtsseitige Ptosis, der rechte Bulbus weicht nach aussen ab, Diplopie; motorische Schwäche der Lippenmusculatur, Sprache leicht nasal; Incontinentia urinae, Cystitis, Decubitus am Kreuzbein, mässiges Fieber. Electrische Untersuchung nicht möglich. 10 Tage später Tod an

Broncho-Pneumonie, nachdem 2 Tage zuvor die rechtsseitige Ptosis geschwunden war. L. verlegt den anatomischen Sitz der Krankheit in die Vorderhörner und in die übrige graue Substanz des Rückenmarks, hält dagegen die weisse Substanz für intact, da Zuckungen und Schmerzen stets gefehlt haben. (Sectionsbefund wird nicht mitgetheilt!)

Falkenberg-Dalldorf.

---

291) **Leo Stieglitz** (New-York): Ein Fall von Halbseitenlähmung des Rückenmarks mit Betheiligung des Trigeminus auf der Seite der Läsion. (Neurol. Centralbl. 1893, Nr. 5.)

Bei einem 47jährigen Manne, welcher Lues und Potus in Abrede stellt, trat plötzlich ohne Bewusstseinsverlust ein Schlaganfall ein, welcher die rechte Seite lähmte und zugleich mit Hyperästhesie der gelähmten, mit Anästhesie der linken Körperhälfte (welche noch den linken N. auricularis magnus umfasste) und des ganzen rechten Trigeminusgebiets (mit Ausnahme des N. auricularis magnus) verbunden war. Ausserdem bestand Schwierigkeit beim Uriniren und beim Stuhlgang. Bei der Untersuchung 14 Tage später zeigte sich, dass die Rumpfanästhesie sich scharf an der Mittellinie abgrenzte, wo die Hyperästhesie der rechten Körperhälfte begann. In den gelähmten Gliedern war die Lagevorstellung etwas unsicher. Die Patellarreflexe waren beiderseits schwer auszulösen, namentlich rechts, auch der Bauchhautreflex war links stärker wie rechts, die übrigen Reflexe beiderseits gleich.

Bald stellte sich mit beginnender Wiederkehr der Bewegungsfähigkeit eine erhebliche Steigerung der Sehnenreflexe auf der gelähmten Seite ein; zu gleicher Zeit entwickelte sich eine parallel mit der Besserung der Bewegungsfähigkeit zunehmende Ataxie der rechtsseitigen Extremitäten.

St. schliesst aus der gekreuzten, motorischen sensiblen Lähmung, dass die Läsion unterhalb der Pyramidenkreuzung in der rechten Rückenmarkshälfte sitzen muss. Da der N. auricularis magnus rechterseits intact geblieben, links mit afficirt worden ist, so ist die Läsion im oberen Halsmark zwischen der I. und II. Wurzel zu suchen. Wenn schliesslich die Läsion in den hinteren Abschnitt des Rückenmarkes verlegt wird, so erklärt sich daraus die Affection der aufsteigenden Trigeminuswurzel. Als Ursache der Läsion glaubt St. eine Embolie des A. spinalis posterior (auf syphilitischer Basis, wofür der Erfolg der Jodkaliumkur neben der Behandlung mit Electricität spricht) annehmen zu müssen. Zur Erklärung des Verhaltens der Sehnenreflexe stellt St. eingehende theoretische Betrachtungen auf, die im Original nachzulesen sind. Das Auftreten der Ataxie in den gelähmten Gliedern mit Wiederherstellung der Motilität ist auch in anderen Fällen von Halbseitenläsion beobachtet worden. Da die Ataxie stets auf der Seite der Läsion auftritt, so müssen die von Friedrich und Erb angenommenen Coordinationsfasern ungekreuzt verlaufen.

Hoppe.

---

292) **C. A. Ewald:** Ein unter dem klinischen Bilde der Tabes verlaufender Fall von syphilitischer (?) Rückenmarkserkrankung.
(Berl, klinische Wochenschrift 1893, Nr. 12.)

Ein Schlächter, welcher syphilitische Infection leugnet, erkrankte 1878 (mit 31 Jahren) an rheumatischen Schmerzen, welche anfallsweise zunächst am linken Kniegelenk, später an den verschiedenen Gelenken auftraten. Dazu kamen Schwellungen der Gelenke, besonders stark am linken Kniegelenk. Als Patient am 15. Februar 89 in die Poliklinik kam, konnte er nur mit Mühe auf einen Stock gestützt gehen, wobei er mit dem rechten Hacken in deutlich stampfender Weise auftrat und das linke Bein schwerfällig nachschleppte. Die Gegend des linken Beines war beträchtlich angeschwollen, die Patellarreflexe beiderseits erloschen, die Sensibilität an den Beinen vom unteren Dritttheil der Oberschenkel ab etwas herabgesetzt, Druck- und Temperatursinn aber völlig aufgehoben, Orientirungssinn unsicher. Bewegungen mit den Beinen etwas atactisch. Dabei bestand Pupillardifferenz (rechte kleiner) und reflectorische Pupillenstarre bei Lichteinfall. Mit der Diagnose „Tabes dorsalis mit Arthropathie“ wurde der Patient am 20. Februar in's Augusta-Hospital aufgenommen. Die Tastempfindung hatte unterdessen weitere Einbusse erlitten, die galvanisch-faradische Erregbarkeit war bedeutend herabgesetzt. Am nächsten Tage zeigten sich an der Sohle des linken Fusses einige über fünfmarkstückgrosse Blasen von missfarbigem blaurothem Aussehen. Dabei bestand eine Temperatur von 39—40 Grad. Obgleich am 23. das linke Kniegelenk incidirt wurde, stellte sich am 1. März unter Auftreten von phlegmonösen Abscessen Schüttelfrost und septische Allgemeinerscheinungen ein, an denen Patient am 19. März zu Grunde ging.

Der Duralsack des Rückenmarks zeigte bei der Obduction eine von oben nach unten fortschreitende spindelförmige Auftreibung (grösste Circumferenz zwischen 10. Brust- und 1. Lendenerven), eine zweite, weniger starke Auftreibung in der Gegend der Halsanschwellung; zwischen Dura und Rückenmark zeigte sich im ganzen Verlaufe die vordere Hälfte besonders links von einer braunrothen geronnenen Schicht umfasst.

Die microscopische Untersuchung ergab:

1. Einen subarachnoidalen Bluterguss von verschiedener Mächtigkeit, vorwiegend die linke Seite des Markes umgreifend;
2. eine entzündliche gummöse Verdickung der Pia und der Arachnoidea in der ganzen Circumferenz, und eine Verdickung der an der Peripherie und der Marksubstanz einstrahlenden Septen, vornehmlich in der Gegend der Hinterstränge;
3. eine obliterirende Arteriitis und Phlebitis;
4. eine interstitielle Bindegewebevermehrung und fleckweise auftretende Kerninfiltration, ebenfalls vornehmlich im Gebiet der Hinterstränge;
5. einen partiellen Schwund der Nervenfasern daselbst.

Von der klassischen Degeneration der Hinterstränge war keine Spur vorhanden.

E. bezeichnet den Process als Arachnitis spinalis chronica fibrosa et gummosa und Myelitis interstitialis chronica diffusa, verbunden mit Endarteriitis und Phlebitis, wobei er nicht daran zweifelt, dass der höchst

wahrscheinlich luetische Process von den Meningen resp. vom Neurilemm und den Gefässen ausgegangen ist und auf die Substanz des Rückenmarks übergegriffen hat.

Dass ohne das anatomische Substrat der Tabes klinisch das Bild derselben bestand, ist, wie E. betont, bereits in einem Fall von Westphal (keine nachweisbare Erkrankung des Rückenmarks), in einem von Oppenheim (syphilitische Erkrankung des centralen Nervensystems) und 2 Fällen von Eisenlohr (specifische chronische Meningitis vorwiegend in den Hintersträngen des Rückenmarkes) beobachtet worden.

Hoppe.

---

203) **Sidney Kuh**: Die Paralysis spinalis syphilitica (Erb) und verwandte Krankheitsformen.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1893, 3. Bd.. Heft 6.)

Diese Arbeit aus der Erb'schen Klinik bezeichnet einen vorläufigen zusammenfassenden Abschluss in der von Erb begründeten Lehre von der syphilitischen Spinalparalyse. Zunächst giebt K. eine Zusammenstellung der bisher veröffentlichten Fälle, in denen er die nach Erb's Vorangehen so aufgefassten Fälle mit früher schon in anderem Zusammenhang berichteten — sozusagen unter retrospectiver Diagnose — zusammenfasst. Im Ganzen nennt K. 62 Fälle. Die meisten Erkrankungen kamen relativ bald nach der Infection vor, bei 7 war weniger als 1 Jahr, bei 14 Fällen 1—2 Jahre, bei 13 F. 2 - 4 Jahre, bei 2 F. 4—5, bei 5 F. zwischen 6 und 10 Jahren, bei 6 zwischen 10 und 15 Jahren, bei 4 F. 20 Jahre, bei einem Fall 16 Jahre nach der Infection vergangen. — Aus den klinischen Symptomen lässt sich schliessen, dass die Krankheit in den typischen Fällen zwischen der Mitte des Dorsaltheils und dem Niveau des 2. Lumbalnerven localisirt ist und zwar die hinteren Partien der Seitenstränge betrifft, von wo aus sie mehr oder weniger stark auf die Hinterhörner und Hinterstränge übergreift. Von den mitgetheilten Fällen sind 4 zur Section gekommen, welche diese aus der klinischen Erscheinung abgeleitete anatomische Annahme völlig bestätigten. K. sucht nun im zweiten Theil auf dem von Erb gewiesenen Wege, welcher auf die Differenzirung der unter dem Sammelnamen Myelitis zusammengefassten Fälle hinausgeht, weiterzuschreiten. K. stellt 7 Fälle zusammen, welche ziemlich übereinstimmend folgende Symptome zeigten: Parese beider Beine, Fehlen der Sehnenreflexe. Manchmal Sensibilitätsstörungen. Incontinentia oder retentio urinae.

Die Aehnlichkeit mit der früher von Erb beschriebenen syphilitischen Spinalparalyse liegt darin, dass der Process sich wesentlich auf die Seitenstränge und grauen Hinterhörner beschränkt. Der Unterschied liegt in der Localisation im Niveau des R. M., dessen Lendentheil bei diesen Fällen erkrankt ist. Auch hier ist Syphilis die ausreichende Ursache. Differentialdiagnostisch kommen die nicht syphilitische Transversalmyelitis des R. M. und die Spinalapoplexie — das Krankheitsbild entwickelt sich meistens sehr rasch — in Betracht.

Es giebt also unter den auf syphilitischer Grundlage beruhenden Fällen von Myelitis eine ganze Reihe, „die sich durch ein besonderes klinisches Bild sowohl von den anderen luetischen als auch von den nicht

specifischen Rückenmarksaffectionen mit einiger Schärfe abgrenzen lassen". „Diesem einheitlichen klinischen Bilde scheint auch ein einheitlicher pathologischer Process zu entsprechen, nämlich eine von den kleinen Gefässen ausgehende Infiltration", welche die oben genannten Theile des R. M. in gesetzmässiger Weise befällt. Sommer.

---

294) **C. W. Bur:** The frequency of locomotor ataxia in negroes.
(The journal of nervous and mental disease, April 1892.)

Verf. hat eine grosse Anzahl von Aerzten von Cuba, wie von den Ver. Staaten befragt nach dem Vorkommen von Tabes dorsalis bei Negern. Aus den Antworten geht hervor, dass solche Fälle unzweifelhaft beobachtet worden sind, aber anscheinend sehr wenig zahlreich. Doch ist auf letzteres, wie Verf. selbst zugiebt, einstweilen kein grosses Gewicht zu legen.

Strauscheid.

---

295) **P. W. Bassett-Smith:** Diver's Paralysis. (Taucher-Lähmung.)
(The Lancet. 6. Februar 1892. pg. 309.)

Mittheilung eines typischen Falles von plötzlicher Paraplegia bei einem Taucher in Folge Aenderung des Atmosphärendruckes; Ausgang in Tod. B. meint, es habe sich um eine Hämorrhagie im Lendenmark gehandelt. Da die Section fehlt, kann man auch der neueren, wahrscheinlicheren Ansicht vom Gasaustritt aus dem Blut huldigen.

Wichmann (Braunschweig).

---

296) **Albert E. Sterne** (Indianopolis, Ind.): „Arthropathia tabidorum (Charcot's point disease)". Arthr. tabid. (Charcot's Gelenk-Erkrankung).
(The Medic. Record, 28. Januar 93.)

Verf. bespricht nach der Vorausschickung einiger geschichtlicher Bemerkungen und unter Anführung einer Reihe schon bekannter Krankengeschichten die Ursachen, die Symptome, den pathologischen Befund und die Behandlung der bei Tabikern auftretenden Gelenkaffectionen und Knochenbrüche. Auf Grund seiner Untersuchungen stellt er folgende Sätze auf:

1. Die in Frage stehenden Erkrankungen sind trophischer Natur; sie sind Folge einer in einem geschwächten Organismus hervorgerufenen allgemeinen Ernährungsstörung.
2. Sie stehen wahrscheinlich in directer Verbindung mit der Tabes dors., mindestens in einiger Beziehung zu ihr.
3. Sie haben ganz characteristische Merkmale und können durch Traumen hervorgerufen werden; das aber geschieht nur in der Minderzahl der Fälle.
4. Sie können in jedem Stadium der Tabes auftreten, scheinen aber eine gewisse Vorliebe für das praeatactische zu haben.
5. Sie müssen vom pathologisch-anatomischen Gesichtspunkte zum Theil als eigenthümliche Störungen betrachtet werden, die nicht mit der Arthritis deformans. zusammenzuwerfen sind. Zum Theil freilich können sie als Beispiel der Arthr. def. betrachtet werden; ihr Anfang ist oft eine intracapsuläre Fractur.

6. Ihre Ursache muss in einer Degeneration peripherer Nerven gesucht werden, wie sie bei der Tabes wahrscheinlich immer besteht.
7. Die Ataxie, die Analgesie, die Knochenbrüchigkeit haben grossen Einfluss auf den Verlauf jener Erkrankungen, aber sie rufen sie nicht hervor. Jeder dieser Factoren kann fehlen; so namentlich die Ataxie, die höchstens in der Hälfte aller Fälle vorhanden ist.
8. Die Behandlung muss so conservativ als möglich sein. Chirurgische Hilfe ist nur unter besonderen Umständen nachzusuchen.

Voigt.

---

297) **Alexander James:** A case of Tetany.
(Edinburgh med. Journ., Nr. CDXXXIV, August 1892.)

Die 21jährige Patientin, mit mässiger Struma behaftet, war früher stets gesund. Winter 89 litt sie an neuralgischen Schmerzen. Seit December 90 bemerkte sie Taubheitsgefühl in Armen und Beinen, auch im Gesicht und zwar besonders an den Augen und der Oberlippe. Bald traten in den Extremitäten Krämpfe auf, die sich täglich wiederholten und mehrere Stunden anhielten. Während des Anfalls zeigen die Hände die für Tetanie characteristische Stellung. An den Füssen werden die Zehen plantarwärts flectirt, der Fussrücken wird durch die Contraction der kleinen Sohlenmuskeln stark gewölbt, der Fuss durch den Krampf der Wadenmusculatur in pes equinus-Stellung gebracht. An den Füssen und mehr noch an den Armen kommt es während des Anfalles zu Gefässerweiterung und Asphyxie, so dass der Befund lebhaft an die Raynaud'sche Krankheit erinnert. Auch vermehrte Schweisssecretion ist während der Anfälle zu beobachten. Dieselben können durch Kälteeinwirkung und Druck auf die Nerven und Gefässe hervorgerufen werden. Störungen der Sensibilität sind nicht zu beobachten. Die electrische Erregbarkeit für den faradischen Strom ist etwas herabgesetzt. EaR ist nicht vorhanden. Die Therapie, in einem tonisirenden Verfahren bestehend, gab ein gutes Resultat.

Bielschowsky (Breslau).

---

298) **Charles M. Blackford** (Lynchburg): Ueber Tetanus. Aus der Medical Society of Virginia. (23. Jahressitzung in Alleghany Springs, 13., 14., 15. Sept. 92.) Vereinsbericht.
(The med. Record, 8. Oct. 92.)

B. fasst das Wesen und die Entstehung des Tetanus in folgende Sätze zusammen:

1. Der Tetanus besteht im Wesentlichen in einem tonischen Krampf gewisser Muskeln, die in einen Zustand physiologischen Starrkrampfes versetzt wurden. 2. Letzteres ist Folge einer abnormen Reizbarkeit der in dem verlängerten und Rückenmarke gelegenen Reflexcentren. 3. Dieselbe wird hervorgerufen durch die physiologische Thätigkeit gewisser in der Wunde sich bildender und aufgesogener Ptomaïne. 4. Diese Ptomaïne entstehen nur durch das Wachsen eines specifischen Bacteriums, des Nicolaierschen Tetanus-Bacillus. 5. Tetanus ist also eine toxische Erkrankung in Folge einer Wund-Infection mit diesem specifischen Bacterium.

Hieraus folgt, dass der Tetanus durch sorgfältige aseptische Behandlung verhütet werden kann und ferner, dass, wenn er schon vorhanden ist, der fortdauernden Ptomaïn-Bildung und -Wirkung durch ergiebige Blosslegung der Wunde, Antisepsis u. s. w. entgegengearbeitet werden muss; daneben empfiehlt sich absolute Ruhe und die Anwendung salicylsaurer Physostigmin-Injectionen. [Im weiteren Verlauf der Sitzung eröffnet E. F. Brady (Marion) eine Discussion über den Schwindel. Er spricht über die verschiedenen Arten desselben, will den sogenannten laryngealen Schwindel als eine besondere Form der Epilepsie angesehen wissen und hält in Bezug auf die Aetiologie gewisse „nervöse Ursachen" für viel wichtiger, als Störungen der intracraniellen Circulation. Als solche Ursachen nennt er 1. die directe mechanische oder chemische Wirkung von Giften oder sich im Blute anhäufenden unvollkommenen oxydirten Massen. 2. Druck auf die dem Gleichgewichte vorstehenden Centren. 3. Gewisse von acuten localisirten Entzündungen ausgehende Reflexe. — Bei Besprechung der gastrischen Form des Schwindels hebt Br. die Thatsache hervor, dass hier keine heftigen Verdauungsstörungen bestehen, dass vielmehr die Verdauung nur verlangsamt ist. Gegen die Menière'sche Krankheit empfiehlt er örtliche Anwendung des Cocain; im Nothfalle will er versuchen, da erfahrungsgemäss Taubstumme nie an Schwindel leiden, den Kranken taub zu machen.

Dabney hebt hervor, dass der Schwindel oft toxischen Substanzen im Blute seine Entstehung verdanke.

Bedford Brown sagt, dass der Schwindel keine Krankheit, sondern nur das Symptom einer meist functionellen, zuweilen organischen Erkrankung sei. Recht häufig finde er sich mit Hysterie vergesellschaftet; Alcohol und Tabak rufen ihn nicht selten hervor; ebenso fehle er nie bei Nephritis chronic. und Diabetes mell. — wesshalb bei Schwindel jedesmal auch auf diese Erkrankungen zu untersuchen sei.

Joseph White glaubt, dass das von mehreren Autoren als Nasal-Schwindel bezeichnete Symptom in die Categorie des Aural-Schwindels gehöre. An dritter Stelle bespricht Irving C. Rosse (Washington) die verschiedenen Arten der abnormen Befriedigung des Geschlechtstriebes, erzählt zahlreiche, den Polizeiorganen verschiedener Städte bekannt gewordene Fälle sexueller Perversion, warnt vor dem Glauben, als könne hier das Verbot schlechter Litteratur u. s. w. viel nützen und empfiehlt als Heilmittel passende Erziehung (Angewöhnung der Selbstcontrolle, Gymnastik u. s. w.)]

Voigt.

---

299) **S. W. Wheaton**: Tetany as a sequela of Puerperal Eclampsia.
(The Lancet, 21. Jan. 1893, pg. 130.)

Eine 20jährige Primipara wird nach Ausstossung der Placenta von Eclampsie befallen. Spärlicher, eiweissreicher Urin. Nach Blutentziehungen und Pilocarpinanwendung hört nach 3 Tagen die Eclampsie auf, dagegen tritt nun Tetanie ein mit Trousseau'schem Phänomen. Sie hält auch 3 Tage an. Während der ganzen Krankheitsdauer besteht Bewusstlosigkeit. Daran schliesst sich Amnesie für die Zeit vor der Geburt, so dass Pat.

anfangs nicht glauben wollte, dass sie schon geboren habe. Die Milchsecretion fehlte. In 3 Wochen völlige Reconvalescenz.

Wichmann.

---

300) **Frederick Clark** (Fairfield, Ia.): „Mercurial Tremor".
(The med. Record, 7. Januar 93,)

Verf. beschreibt kurz einen von ihm beobachteten Fall von Mercurialtremor. Derselbe verdankte, wie verschiedene andere, seine Entstehung dem fortgesetzten Einathmen von Quecksilbertheilchen in einem damit angefüllten geschlossenen Raume. Durch Einverleibung des Quecksilbers vermittelst der Haut und des Magens wird nur Speichelfluss, kein Tremor hervorgerufen.

Voigt.

---

301) **E. C. Spitzka**: A case of pseudohypertrophic paralysis with peculiar movements of the upper extremities.
(The journal of nervous and mental disease Nov. 1892,)

Bei einem erblich schwerbelasteten Knaben, der an progressiver Muskelatrophie mit Pseudohypertrophie der Beine litt, beobachtete S. eigenthümliche Bewegungen der rechten Hand, deren Finger mit Ausnahme des Zeigefingers stark gebeugt waren; von Zeit zu Zeit wurde diese Hand plötzlich zur Nase geführt, während zugleich der ganze Körper eine auffallend stramme Haltung annahm. Zu diesen Zwangsbewegungen gesellten sich bei dem Kinde Zwangsvorstellungen, krankhafte Befürchtungen und Imbecillität. Aehnliche automatische Bewegungen beobachtete S. bei vier weiteren gleichfalls schwer belasteten Individuen; die Bewegungen waren zweimal auf die beiden Arme beschränkt, einmal mit Bewegungen des Kopfes und einmal mit hüpfenden Bewegungen der Beine verbunden. Aehnliche Bewegungen wie die zuerst beschriebenen machte ein erwachsener Paranoiker, bei dessen Autopsie sich atypischer und asymmetrischer Bau der Gyri, sowie Heterotopie der grauen Substanz fand.

Strauscheid.

---

302) **P. Silfverskiöld** (Göteborg): Ett fall af hämmad automatisk motilitet. (Ein Fall von gehemmter automatischer Motilität.)
(Eira 1893, Nr. 1, S. 10.)

Ein 28jähriger Mann leidet seit 10 Jahren an Hemmungen in der Beweglichkeit, besonders der Oberextremitäten. Diese treten hauptsächlich des Morgens auf und das Ankleiden kostet ihm sehr viele Mühe und dauert gewöhnlich mehrere Stunden. Die Bewegungen der Hände und Arme gehen sehr langsam von Statten und werden oft von langen Pausen unterbrochen; die Extremitäten bleiben während derselben mitten in der Bewegung stehen, bis sie mit einem Male mit einem Ruck weiter fortgeführt werden. Auch das Essen wird in derselben Weise gehindert. Dagegen sollen die Bewegungen der Beine beim Gehen u. s. w. ungehindert von Statten gehen. Ausserdem treten sehr häufig unfreiwillige Samenentleerungen ein. Dem Verf. ist etwas Aehnliches noch nie vorgekommen und er appellirt in Betreff der Diagnose und Prognose dieses „sonderbaren Zustandes" an die Herren Collegen. Es kann wohl keinem Zweifel unterliegen, dass wir es

mit einem Falle von Myotonie (Thomsen'scher Krankheit) zu thun haben. Der Kranke kam schon als Knabe oft zu spät in die Schule, was ihm damals als „Faulheit“ ausgelegt wurde. Die Mutter litt an Trigeminus-Neuralgie und wird als „schwächlich, nervös und etwas hysterisch“ geschildert. Aehnliche Zustände wie der seinige kommen in der Familie nicht vor. Wie es sich mit der Sensibilität, sowie der motorischen und electrischen Erregbarkeit der Muskeln und Nerven verhält, wird nicht mitgetheilt. Koch (Kopenhagen).

---

302) **F. Kjellmann**: Tvänne fall af epileptiforma anfall, beroende på förändringar inom näskaviteten. (Zwei Fälle von epileptiformen Anfällen, auf Veränderungen innerhalb der Nasenhöhlen beruhend.)

(Hygiea 1893, S. 154)

I. Zwölfjähriger Schuljunge hatte im Laufe der Jahre 1886 und 87 einige Male früh Morgens vor dem Erwachen Krampfanfälle gehabt. Im Jahre 1888 wurden die Anfälle heftiger, waren mit vollkommener Bewusstlosigkeit und unfreiwilliger Urinentleerung verbunden. Bei der Untersuchung im December 1888 fand der Verf. eine weiche Hypertrophie der beiden unteren Conchae. Nach der Cauterisation derselben bleiben die Anfälle ein halbes Jahr aus. Da wieder ein neuer Anfall eintrat, wurde die Schleimhaut der Concha infima, welche stark geschwollen war, auf's Neue cauterisirt. Später ist er völlig frei von Anfällen geblieben. Es war keine Disposition zu Nervenkrankheiten in der Familie. Das Kind war bisher immer gesund gewesen.

II. Sechsjähriger Knabe hatte in den letzten $2^1/_2$ Jahren früh Morgens theils in bewusstem, theils in unbewusstem Zustande leichtere und schwerere Convulsionen gehabt und zwar bei den leichteren Anfällen nur in der linken Oberextremität. Bei diesen rief er, wenn er aus dem Bette herausgenommen wurde, öfters aus: „Ich ersticke!“ Bei der Untersuchung, Jan. 91, fand der Verf. eine weiche Schwellung der Schleimhaut auf der rechten Concha infima. In den letzten 3 Jahren pflegte das Kind während des Schlafs den linken Daumen im Munde zu halten und mit den übrigen Fingern das linke Nasenloch zu schliessen. Cauterisation der rechten Concha infima hatte keine Wirkung. Dagegen hörten die Anfälle gleich auf, als das Kind gehindert wurde, das linke Nasenloch zuzustopfen. Nach der Ueberzeugung des Verfassers wurde der Krampf in diesem Falle von einem Asthmaanfall eingeleitet und beruhte in letzter Instanz auf gehinderter Nasenrespiration. Koch (Kopenhagen).

---

303) **Joseph B. Bissel** (New-York): „Daytime enuresis in children“. (Die Unfähigkeit mancher Kinder, am Tage den Urin zu halten.)

(The Medic. Record, 17. Dec. 91.)

Verf. theilt die Kinder, die am Tage den Urin nicht halten können, in 3 Klassen. In der ersten liegt die Schuld an örtlichen Reizungen und Störungen (Phimose, Würmer, Steinbildung u. s. w.) In der zweiten handelt es sich um schlecht genährte, reizbare, geistig zu weit vorgeschrittene, in der dritten um gesunde, aber träge, sich körperlich und geistig langsam entwickelnde Kinder. — Die Behandlung muss in den der

1. Klasse angehörenden Fällen eine causale sein. Die Kinder der 2. Klasse sollen den Schulbesuch aufgeben und mit Belladonna, Strychnin, Ergotin, Electricität, unter Umständen auch örtlich mit der Sonde behandelt werden. Bei der 3. Klasse empfiehlt Verf. dieselbe Behandlung, im Nothfalle öfteres Auswaschen der Blase und wenn dieselbe etwa durch Muskelzug verkleinert sein sollte, schrittweise gewaltsame Ausdehnung.

Voigt (Oeynhausen).

---

304) **Raymond** et **Sérieux**: Maladie de Basedow et dégénerescence mentale. Vortrag, gehalten auf dem Congrès des médecins aliénistes de France et des pays de langue française à Blois (1.— 8. août 1892.)
(Le Mercredi médical 1892, Nr. 33.)

Die psychischen Störungen, die man im Gefolge von Morbus Basedowii beobachtet, nehmen an dem Leiden keinen integrirenden Theil; sie sind nicht specifisch für dasselbe. Für eine Gruppe derselben ist dies schon früher von einzelnen Autoren nachgewiesen worden: für jene Symptome nämlich, die zum Krankheitsbild der Neurasthenie, Hysterie, Epilepsie, Manie, Melancholie, des hallucinatorischen oder alcoholischen Irreseins u. s. w. zu stellen sind. Eine andere Gruppe von psychischen Begleiterscheinungen des M. Basedowii ist nach den Beobachtungen des Vortragenden eng mit der Geistesdegeneration verknüpft. Die psychopathische Belastung, die sich an den betreffenden Individuen leicht als physische oder psychische Stigmata verräth, schafft die Prädisposition für die verschiedenen psychischen Anfälle, die unabhängig von dem Verlaufe der Basedow'schen Krankheit bald vor Ausbruch derselben, bald während derselben, bald nach Ablauf derselben auftreten können. Das Zusammentreffen von M. Basedowii und Degenerationspsychose ist ein neuer Beweis für das Gesetz von der gleichzeitigen Existenz von Neurosen und Psychosen.

Buschan-Stettin.

---

305) **P. J. Möbius**: Ueber die Basedow'sche Krankheit.
(Seperatabdr. aus der Deutschen Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. I., Abhandlung XVII, S. 400—444,)

Möbius ist uns seit einer Reihe von Jahren durch seine erschöpfenden Berichte in den Schmidt'schen Jahrbüchern bekannt, die uns im Besonderen über den Fortschritt der Litteratur über den Morbus Basedowii unterrichten. Der vorliegende Aufsatz ist eine Zusammenfassung der Erfahrungen und Beobachtungen, die über dieses Leiden in den letzten Jahren gemacht worden sind. So zahlreich auch die darauf bezüglichen Publicationen sind, so wenig vermögen sie über die Bedeutung der Basedow'schen Krankheit mehr Licht zu verbreiten als bisher. Eine Wiedergabe dieser Erfahrungen über die einzelnen Symptome geht über die Grenzen dieses Referates hinaus; es sei daher nur eine Kritik an dem Möbius'schen Erklärungsversuch derselben hier geübt.

Ausgehend von der augenblicklich modernen Auffassung der Schilddrüse als eines chemisch wirksamen Organes zieht Möbius eine Parallele zwischen Morbus Basedowii und Myxödem. Vergleicht man beide Krankheiten miteinander, so lässt er sich aus, so findet man eine Anzahl über-

einstimmender Punkte. Beide Leiden sind chronisch, in der Regel fieberlos, führen zu Cachexie, enden gewöhnlich tödtlich, betreffen zumeist Frauen im mittleren Lebensalter. Bei beiden ist die Schilddrüse erkrankt, ist die Herzthätigkeit verändert, leiden die seelischen Thätigkeiten, zeigen sich Störungen an der Haut. Andererseits ist das Bild des Myxödems im gewissen Sinne das Gegenstück zur Basedow'schen Krankheit: hier Vergrösserung, dort Verkleinerung der Schilddrüse, hier Beschleunigung, dort Verlangsamung der Herzthätigkeit, hier Verdünnung gesteigerte Wärme, übermässige Schweissbildung der Haut, dort Verdickung, durch Mucinanhäufung, Kälte, oberflächliche Trockenheit der Haut, hier Steigerung der seelischen Erregbarkeit, reizbare Schwäche, dort Stumpfheit und Langsamkeit. Sollten Aehnlichkeit und Unterschied sich nicht dadurch erklären, dass es sich bei Myxödem um Aufhören der Function der Schilddrüse; bei der Basedow'schen Krankheit aber um eine krankhafte Thätigkeit der letzteren handelt? Einen Einwurf gegen die Ableitung der übrigen Erscheinungen der Basedow'schen Krankheit von der Struma könnte man aus der Thatsache entnehmen, dass in manchen Fällen ein Theil jener Erscheinungen eher da ist, als eine Struma. Indessen kann die Drüse sehr wohl erkrankt sein, ehe die Betastung eine Veränderung des Volumen erkennen lässt.

So weit Möbius. Um sogleich auf den Schlusspassus zurückzukommen, so sei angeführt, dass erwiesenermassen nicht bloss „in manchen Fällen", sondern in weitaus den meisten Fällen allerhand nervöse Symptome, besonders die Herzpalpitationen der Struma vorausgehen. Wenn man auch berechtigt ist, in solchen Fällen gleich Möbius anzunehmen, dass die Schilddrüse erkrankt sein kann, ohne dass eine Veränderung ihres Volumens äusserlich nachweisbar zu sein braucht, so lässt sich wohl schwerlich diese Theorie auf jene Fälle ausdehnen, wo die Vergrösserung der Drüse trotz der heftigsten Allgemeinsymptome erst nach einer Reihe von Jahren, in einem Falle erst nach 13 Jahren, auftritt. In welcher Weise lassen sich ferner jene Fälle mit der Theorie von Möbius vereinbaren, in denen überhaupt nie eine Struma sich einstellt, trotzdem die übrigen Symptome des Krankheitsbildes recht deutlich ausgeprägt erscheinen? Die Schwere der Erscheinungen steht andrerseits in manchen Fällen nicht im Verhältniss zu der Grösse der Schilddrüsenhypertrophie. — Wie ist es ferner zu erklären, wenn Struma, Exophthalmus und Herzpalpitationen sich binnen kurzer Zeit, ja innerhalb weniger Stunden, z. B. nach einem aufregenden coitus, Fall in's Wasser, Gemüthserregung, entwickeln und andererseits in ebenso schneller Zeit wieder verschwinden? Das wiederholte Wechseln der Grösse der Drüsengeschwulst im Verlaufe der Krankheit, während die übrigen Symptome bestehen bleiben, lässt sich schwerlich auf die Auffassung von Möbius zurückführen. — Gegen eine allgemeine Vergiftung des Organismus sprechen schliesslich noch jene Fälle, in denen alle Symptome nur einseitig auftreten.

Alle diese Thatsachen geben doch zu bedenken. Sie deuten mehr auf einen nervösen Ursprung des Leidens hin. Uebrigens wird übereinstimmend von den Autoren der Satz aufgestellt, dass in den weitaus meisten Fällen die Herzaffection das primäre ist. Dass bestehende Struma gelegentlich auch die Ursache abgeben kann, will Referent nicht in Abrede stellen;

jedoch dürfte in diesen Fällen diese Vergrösserung der Drüse (Blutansammlung) rückwirkende Kraft auf das Herz haben und hierdurch eine Ursache für das weitere Krankheitsbild schaffen. So ist es auch erklärlich, wenn operative Eingriffe in die Schilddrüse das Leiden beseitigen; ob für immer? Die Kürze der Beobachtungszeit kann darüber noch nicht entscheiden. Andrerseits haben Punctionen Recidive nicht verhüten können. Möbius war früher selbst ein eifriger Verfechter der Neurosen-Theorie und hat ausdrücklich die enge Verwandtschaft der Basedow'schen Krankheit mit den verschiedensten functionellen Neurosen betont. Hierin liegt nach Ansicht des Referenten gerade der Schwerpunkt: die enge Verquickung des Leidens mit Hysterie, Chorea, Epilepsie, Paralysis agitans, Muskelatrophie, sowie die Vererbung resp. der Umschlag aller dieser Leiden in Basedow'sche Krankheit auf die Nachkommen. Zahlreich sind die Fälle, — Referent beherrscht in Folge eines besonderen Studiums mit Morbus Basedowii die darüber existirende Litteratur vollständig — in denen Eltern oder nahe Verwandte derselben entweder an einer der genannten Nervenkrankheiten, selbst an Morbus Basedowii gelitten haben oder in denen Geschwister mit solchen Leiden, auch bloss mit Kropf oder nur Exophthalmos, belastet waren. Fast stets wird in den Krankengeschichten hervorgehoben, dass die Patienten von jeher nervös oder auch sonderbar gewesen wären, oder dass Gemüthsaffecte zum Ausbruch des Leidens beigetragen haben. Das häufige Auftreten der Krankheit zusammen mit Diabetes (auch in diabetischen Familien) und die Combination mit trophischen Störungen der Haut (Bronzefarbe, Vitiligo, Ausfall der Haare u. a.) sprechen doch für einen nervösen Ursprung: für die Annahme einer allgemeinen Neurose. Freilich ist dies auch ein Begriff, der, wie Möbius hervorhebt, noch nicht genügend aufgeklärt ist. Indessen ist die Function der Schilddrüse ebenfalls noch ein unaufgeklärtes Räthsel und die Annahme ihrer chemischen Thätigkeit bisher noch nicht mit Sicherheit erwiesen.

Was schliesslich den Zusammenhang des Morbus Basedowii mit dem Myxödem betrifft, so sind die Berührungspunkte zwischen beiden Krankheiten nur scheinbare. Dass erstere Krankheit in der Regel fieberlos verläuft, widerspricht der Erfahrung; einige Autoren finden in der erhöhten Temperatur geradezu ein characteristisches Symptom. Zu behaupten, dass dieselbe häufig zu Tode führe, ist sehr gewagt. Im Gegentheil sind gerade in neuester Zeit zahlreiche Heilerfolge mittelst der Electricität zu verzeichnen. Doch Möbius leugnet ja einen solchen Einfluss, der hier gerade so eclatant, wie wohl nirgends in der Electrotherapie zu Tage tritt. — Dass sich ferner nicht bloss Stumpfheit und Langsamkeit bei Myxödem vorfindet, beweist der Umstand, dass nach myxödema operativum tetanische und epileptische Anfälle die Regel sind. — Dass Verlangsamung der Herzthätigkeit characteristisch für Myxödem sei, ist dem Referenten nicht bekannt. — Schliesslich sei noch angeführt, dass Kowalewsky Myxödem, Epilepsie und Morbus Basedowii an einem Kranken beobachtet hat.

Faute de mieux halten wir daher an der Annahme einer functionellen Neurose fest.

Buschan-Stettin.

206) **Möbius:** Ueber die Basedow'sche Krankheit.
(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1891, I. Bd.. S. 400—444.)

Möbius hat in dieser Arbeit ausgesprochen, dass er für das Verständniss der Basedow'schen Krankheit auf meine wie überhaupt auf alle Thierversuche keinen Werth lege. Ich bin dadurch genöthigt, in dieser Besprechung meinen Standpunkt zu vertheidigen, muss jedoch dabei etwas weiter ausholen.

Die Basedow'sche Krankheit, als eine auch in practischer Hinsicht wichtige nosologische Einheit, hat eigentlich die Aufmerksamkeit der Aerzte erst auf sich gelenkt, seit Charcot eine meisterhafte Beschreibung des klinischen Bildes gegeben hat. Die ausführliche und genaue Feststellung der bei dieser Krankheit vorkommenden zahlreichen Störungen verschiedener Art hat die Diagnose der Basedow'schen Krankheit wesentlich erleichtert; durch das Bekanntwerden der „formes frustes" ist das Gebiet der Krankheit verbreitet worden. Vor dem Bekanntwerden der klinischen Beobachtungen Charcot's bot die Basedow'sche oder Graves'sche Krankheit ausschliesslich ein theoretisches Interesse und wurde von den klinischen Lehrern mehr als ein klinisches Curiosum, als eine auch practisch wichtige Krankheit betrachtet. Nur die „Theoretiker" bemühten sich, hie und da, die bei dieser Krankheit beobachteten Symptome mit den experimentell begründeten physiologischen Thatsachen in Einklang zu bringen. Charcot hat uns erstens gezeigt, dass diese Krankheit gar nicht so selten vorkommt, wie es früher geglaubt wurde, als man für die Diagnose der Basedow'schen Krankheit das Vorhandensein der pathognostischen Symptome, der sogenannten Basedow'schen Trias, in einem so ausgesprochenen Maasse, wie es nur in späteren Stadien und auch dann sehr selten zu beobachten ist, verlangte. Da heutzutage die Diagnose der Krankheit in früheren Stadien gestellt werden kann, hat man sich überzeugt, dass die Therapie gar nicht so machtlos ist und gerade sehr gute Heilerfolge aufweisen kann, obgleich eine Restitutio ad integrum kaum je erreicht wurde.

Diese Vorbemerkungen zeigen, dass es für jeden practischen Arzt unumgänglich nothwendig ist, sich eine klare Vorstellung über das Wesen dieser Krankheit zu machen. Die klinischen Thatsachen allein, können als Basis einer rationellen Therapie nicht gelten. Das Wesen einer Krankheit kennen wir nur dann, wenn wir den Sitz (das anatomische Substratum) genau festgestellt haben, d. h, wenn wir genau angeben, welche Organe oder Theile der Organe durch das schädliche Agens (ätiologisches Moment) in der oder der Weise afficirt werden, und weiter, wenn wir von der Affection der erkrankten Partien die in der Klinik beobachteten Erscheinungen ableiten können, oder, wie man sich auszudrücken pflegt, wenn wir den physiologischen Mechanismus der Entstehung der einzelnen krankhaften Symptome feststellen können. Bei Voraussetzung genauer Kenntnisse in allen diesen Richtungen besitzen wir eine wissenschaftliche Erklärung des Wesens der Krankheit — ihre Pathogenese. Die Pathogenese einer Krankheit ist in keinem Falle mit der Aethiologie zu verwechseln. Ich hielt es für nothwendig, der Bekämpfung der von Möbius ausgeprochenen Ansicht über die Werthlosigkeit meiner und überhaupt aller Thierversuche für die Pathogenese der Basedow'schen Krankheit diese all-

gemeinen Gesichtspunkte vorauszuschicken, da in Möbius' Aufsatz die Begriffe „Pathogenese, pathologische Physiologie und Aetiologie" nicht scharf genug getrennt sind. Hierin liegt meiner Meinung nach auch der Grund dazu, dass Möbius ein so vernichtendes Urtheil über Thierversuche fällt, ferner aber der Grund dazu, dass Möbius zu, meiner Meinung nach, falschen Schlüssen gelangt.

Nachdem Möbius in dem ersten Theile der Abhandlung in objectiver Weise den Inhalt neuester Mittheilungen über die Basedow'sche Krankheit kurz referirt hat und einige Bemerkungen über pathologische Anatomie und Therapie eingeschaltet hat, geht er in dem zweiten Theile (S. 436—444), welcher das Hauptinteresse der Abhandlung darbietet, zur Feststellung einer Aetiologie der Basedow'schen Krankheit über, — einer Aetiologie, die nach Möbius auch grosse practische Bedeutung haben soll.

Die Auseinandersetzungen, die den Zweck haben, die Werthlosigkeit der zur Zeit existirenden Anschauungen über das Wesen der Basedow'schen Krankheit zu beweisen, sind, meiner Meinung nach, nicht ganz einwandsfrei. — Ich will hier nicht eine ausführliche Kritik der von Möbius ausgesprochenen Ansichten geben, da ich beabsichtige, nächstens eine Abhandlung über die Pathogenese der Basedow'schen Krankheit erscheinen zu lassen; in der ich auf Grund der Thierversuche, die jetzt von mir ausgeführt werden, über alle dazu gehörenden Fragen berichten will. — Vorläufig sei nur Folgendes bemerkt:

1. Möbius behauptet, ohne eingehende Begründung, dass die Verff. die über das Wesen der Basedow'schen Krankheit geschrieben haben, zwei Begriffe: „Krankheitsursache" und „anatomisches Substratum" verwechselt hätten (p. 436).

2. Die Behauptung, — „die Localisation der pathologischen Processe, sie mag so schön und exact sein wie sie will, sei nicht viel werth", — diese Behauptung steht im schroffen Widerspruch mit den Hauptprincipien der modernen Medicin.

3. Obgleich Möbius es für leicht hielt, die Sympathicus-Theorie und die Oblongata-Theorie, ebenso wie die Thierversuche, auf denen diese Theorien beruhen, aus der Welt zu schaffen, — so wage ich doch zu behaupten, dass die Basedow'sche Krankheit eine Sympathicus- und zwar eine Sympathicus-Oblongata-Krankheit ist. — Die vasomotorischen Störungen beherrschen so das klinische Bild der Basedow'schen Krankheit, dass Möbius selber gezwungen werden wird, die Betheiligung des vasomotorischen Centrums anzunehmen.

Nachdem Möbius die Werthlosigkeit der anatomisch-physiologischen Speculationen beleuchtet hat, schreibt er Folgendes: „Zwei ätiologische Ansichten stehen sich zur Zeit gegenüber: die Einen sagen, die Basedow-sche Krankheit ist eine „Neurose", die Anderen halten sie für eine Vergiftung des Organismus in Folge von krankhaften Veränderungen der Schilddrüse". Als Neurose will M. die Basedow'sche Krankheit nicht ansehen; die Basedow'sche Krankheit ist seiner Meinung nach eine Intoxications-Krankheit. Meiner Ansicht nach fehlt jedoch für diese Ansicht jede positive Grundlage.

Hier beschränke ich mich auf die Kritik der von Möbius aufgestellten Sätze (S. 443).

Möbius sagt:

1. „Wahrscheinlich ist die nächste Ursache der Basedow'schen Krankheit eine krankhaft veränderte Thätigkeit der Schilddrüse."
2. „Ueber die Ursache der primären Schilddrüsenerkrankung wissen wir bis jetzt nichts. Erwägungen allgemein pathologischer Art führen sowohl bei Basedow'scher Krankheit als bei dem Myxoedem zu der Vermuthung einer Giftwirkung."

Was will mit diesen zwei Sätzen gesagt werden? — Erstens: Die Basedow'sche Krankheit ist keine selbstständige nosologische Einheit, sondern nur eine Folgeerscheinung der krankhaft veränderten Thätigkeit der Schilddrüse; die Veränderung der Schilddrüse ist keine Theilerscheinung der Basedow'schen Krankheit, sondern ihre nächste Ursache. Ich glaube den Sinn des ersten Satzes ganz richtig und genau — sensu stricto — wieder gegeben zu haben. Nun scheinen es jedoch zwei verschiedene Dinge zu sein — die Aetiologie einer Krankheit zu versprechen und statt dessen die bei der Basedow'schen Krankheit beobachteten Symptome von der primären Erkrankung der Schilddrüse abzuleiten. Ich will zugeben, dass in allen Fällen der Basedow'schen Krankheit die Schilddrüse primär erkranke, was eigentlich nicht nur fraglich, sondern auch positiv unrichtig ist. Der Begriff „Basedow'sche Krankheit" schliesst in sich auch die Schilddrüsenerkrankung (die Struma) ein. Dieser Widerspruch kommt dadurch zu Stande, dass Möbius den Satz aufgestellt hat, dass „für das Verständniss des Wesens einer Krankheit die Aetiologie die Hauptsache sei." Es ist also nothwendig, die Aetiologie der Basedow'schen Krankheit festzustellen — und als ätiologisches Moment der Krankheit wird eine Theilerscheinung derselben angesehen. —

Der Widerspruch tritt noch deutlicher hervor bei dem zweiten Satz: Während M. eine Aetiologie der Basedow'schen Krankheit aufgestellt zu haben glaubt, sagt er ausdrücklich: „Die Ursache der primären Schilddrüsenerkrankung ist unbekannt".

Recapituliren wir kurz die von Möbius aufgestellte „ätiologische Ansicht": Durch eine unbekannte giftige Substanz (dem Malariagift vielleicht ähnlich) wird die Schilddrüse primär afficirt, ihre Thätigkeit krankhaft verändert; diese krankhaft veränderte Thätigkeit bedingt die Production einer zweiten giftigen Substanz, — diese letzte ist die nächste Ursache der Basedow'schen Krankheit. Die Basedow'sche Krankheit ist also — ich muss es nochmals wiederholen — keine selbstständige nosologische Einheit, sondern nur Folgeerscheinung der primär erkrankten Schilddrüse, so etwa z. B. wie Ascites Folge der Lebercirrhose ist. — Ich behaupte nun, dass diese Auffassung, wenn sie auch manches Anziehende hat, eine bessere Beweisführung braucht.

Eine giftige Substanz, die gegebene Symptome hervorrufen soll, anzunehmen, ist leicht gethan. Aber was für eine Substanz es sein sollte, was für physiologische Wirkungen sie entfalten soll, ob überhaupt Substanzen, die einige Symptome der Basedow'schon Krankheit hervorzubringen im Stande wären, uns bekannt sind, alle diese Fragen lässt Möbius unberührt

Ich will die Prioritätfrage nicht ventiliren, doch habe ich unabhängig von den bekannten Thatsachen, die Meinung ausgesprochen, dass einige oder vielleicht alle Symptome der Basedow'schen Krankheit durch die Wirkung chemischer Substanzen bedingt sein könnten, — dabei habe ich mich auf die Analogie gestützt und keine blosse Vermuthung ausgedrückt. Die von mir gemachten Thierversuche über die physiologische Wirkung des Cocains*) haben mir gezeigt, dass wir in dieser Substanz ein Mittel besitzen, das zum Verständniss des Mechanismus der Entstehung der bei der Basedow'schen Krankheit beobachteten Symptome etwas beitragen kann. Obgleich ich mich nur auf das Studium grosser toxischer Dosen bei unmittelbarer Einführung in die Blutbahn beschränkt habe, so habe ich vorläufig constatiren können, dass das Cocain Exophthalmus, Tachycardie und Gefässveränderung bedingt und zwar durch Reizung der in der Medulla oblongata gelegenen Centren. Zieht man weiter in Betracht die an Thieren gemachten Beobachtungen und die in der Klinik bei der Cocainvergiftung constatirten Thatsachen, — das eigenthümliche Zittern, die psychische Unruhe, Erhöhung der Temperatur, bei Menschen auch nur Wärmegefühl ohne objective Temperaturerhöhung, so springt Jedem die frappante Analogie der Symptome bei der Basedow'schen Krankheit einerseits, bei der Cocainvergiftung anderseits in's Auge. — Nun noch eine Schlussbemerkung: Eine genaue Analyse der klinischen Thatsachen spricht für die Annahme der Existenz zweierlei klinischer Typen der Basedow'schen Krankheit, und zwar unterscheiden wir: 1. die idiopathische Form der Basedow'schen Krankheit, deren Aetiologie und Pathogenese noch zu begründen ist, und 2. die deuteropathische Form, — ein klinischer Typus, der, was das klinische Bild anbetrifft, volle Analogie mit der idiopathischen Form darbieten kann, aber durch ein uns bekanntes ätiologisches Moment bedingt wird. Das letzte, welches in jedem concreten Falle eruirt werden muss, kann verschiedener Natur sein. Als ätiologisches Moment einer deuteropathischen Form der Basedow'schen Krankheit kann freilich in vielen Fällen eine primäre Schilddrüsenerkrankung (Struma) angesehen werden: — dazu gehören die sogenannten „formes chirurgicales de la maladie de Basedow". Es ist keineswegs ausgeschlossen, dass der Ausgangspunkt in vielen anderen Fällen in der Schädigung resp. Reizung irgend welchen Organes zu suchen ist. In solchen Fällen wird, wohl rationeller Weise, die Basedow'sche Krankheit als ein Reflexvorgang betrachtet werden (Reizung der Nasenschleimhaut — Hack, ren mobile — Botkin, Anomalien in der Sexualsphäre, Anomalien der Accomodation und Refraction der Augen u. s. w.) Endlich zur deuteropathischen Form sind diejenigen Fälle zu zählen, wo das klinische Bild der Basedow'schen Krankheit bei organischen Erkrankungen des Centralnervensystems beobachtet wird: — die symptomatische Form der Basedow'schen Krankheit (Erkrankung des oberen Theiles des Rückenmarkes, Deeren; der Medulla oblongata — Jackson, Jendrassik, des Pons Varolii — Jackson).

---

*) G. N. Durdufi, Zur physiologischen Wirkung des Cocains. Deutsche medicin. Wochenschrift 1887.

Der Umstand, dass Möbius den Unterschied zwischen diesen zwei Formen nicht anerkannt hat, erklärt uns das Gezwungene seiner einheitlichen „ätiologischen“ Auffassung. G. N. Durdufi (Moskau).

---

307) **Lemoine:** Tremblement congénital des membres supérieurs. Soc. des scienc. méd. de Lyon 1893, février.

(Lyon médical 1893, Nr. 12.)

Der 21jährige Kranke leidet seit seiner Kindheit an einem beständigen Zittern, das sich ausschliesslich auf die Oberextremitäten beschränkt. Kopf, Nacken, Unterextremitäten sind frei. — Die graphischen Aufzeichnungen lehren, dass das Zittern ein vibratorisches ist, 8–9 Oscillationen in der Sekunde. Ist die Aufmerksamkeit des Kranken auf die oberen Extremitäten gelenkt, so wird das Zittern intensiver. Bei beabsichtigten Bewegungen werden die Oscillationen zwar ausgiebiger, nehmen indessen nicht in dem Maasse progressiv zu, als der Kranke seinem beabsichtigten Ziele näher kommt. Bei Bewegungen werden sie im Allgemeinen unregelmässiger, in der Intensität sowohl als auch in der Aufeinanderfolge.

Es bestehen bei dem Kranken keine Anzeichen einer organischen Affection des Nervensystems: keine Motilitätsstörungen, keine Ataxie, keine Muskelsteifheit, keine Sensibilitätsstörungen, keine Sinnesstörungen, ausgenommen eine einfache concentrische Einengung des Gesichtsfeldes, indessen ohne Dyschromatopsie oder Farbenumkehrung. Reflexe normal. Keine Anzeichen einer Basedow-Erkrankung, wie überhaupt keine vasomotorischen Störungen. Auch Lungen, Verdauungs- und Geschlechtsorgane sind gesund. Ausgezeichneter Allgemeinzustand. Die Intelligenz allein ein wenig schwach. — Anamnestisch ist auch nichts Abnormes zu erheben. Keine Convulsionen in der Kindheit, keine Infectionskrankheiten. Kein Alcoholismus, Syphilis u. a. m. Vater starb an Tuberculose, Mutter und Bruder ganz gesund. Dagegen ein Oheim epileptisch.

Das einzige Symptom der Krankheit ist demnach das essentielle congenitale Zittern der beiden Oberextremitäten, das vielleicht als ein hysterisches aufzufassen ist. Simulation glaubt L. aus verschiedenen Gründen ausschliessen zu dürfen.

[In der Discussion hebt Augagneur hervor, dass er ein analoges Zittern bei 3 Mitgliedern ein und derselben Familie beobachtet habe, in der jegliche Neurose oder Hysterie auszuschliessen waren.]

Buschan-Stettin.

---

308) **G. M. Hammond:** Convulsive tic.

(Med. Record 1892.)

In der Mehrzahl der Fälle kann der tic convulsif durch geeignete Verwendung von Cocain und Atropin eingeschränkt und durch Combination kleiner Quantitäten von Bromsalzen mit diesen Mitteln die Heilung beschleunigt werden. Verf. hält Conium für wirksamer als Atropin. Letzteres gab er in Dosen von 0,6 mg. bis zu 1,5 mg. ansteigend. Von Coniumpräparaten wurde das Fluidextract (mit 5 Tropfen beginnend) und das Alcaloid mit gleichem Erfolge angewandt. In den meisten Fällen wird eine

Besserung schon durch kleinere Dosen dieser Mittel, als nöthig sind, um toxische Wirkung hervorzurufen, erzielt.

Strauscheid.

---

309) **L. Chabbert**: De la maladie des tics.

(Arch. de Neurol. XXV, p. 73.)

Ch. berichtet über 4 mit der maladie des tics behaftete Kranke; die beiden ersten sind Mutter und Sohn; beide erlitten in der Jugend eine geringfügige Verletzung in der Gegend des linken Auges und bei beiden stellten sich (bei der Mutter sofort, bei dem Sohn $15^1/_2$ Jahre nach der Verletzung) unwillkürliche Contractionen der Haut in der Umgebung der Narbe ein. Die Zuckungen verlaufen blitzschnell, wechseln in ihrer Häufigkeit von 2—15 in der Minute, nehmen an Zahl zu, wenn Pat. erregt wird und verschwinden im Schlaf. Beide Kranke zeigen ausserdem hysterische Symptome und psychische Abweichungen (Coprolalie, Zweifelsucht etc.). — Bei der 3. jetzt 44jährigen Kranken traten die unwillkürlichen krampfhaften Bewegungen im Anschluss an einen heftigen Schreck in der Kindheit auf und ergreifen Zunge, Gesicht, die rechten Extremitäten und die linke obere Extremität und zwar meist in der angeführten Reihenfolge; zeitweise wird auch nur der linke Arm ergriffen. Die Bewegungen sind äusserst heftig und ausgiebig, so dass Pat. sich oft mit Händen und Armen das Gesicht zerschlägt und desshalb zum Schutze stets eine ganze Anzahl Tücher um den Kopf gewickelt trägt. Die Frequenz der Bewegungen beträgt 3—7 in der Minute, die ruhigen Intervalle betragen wenige Sekunden bis Minuten. Ob Pat. liegt, sitzt oder steht, ist auf die Zahl der Bewegungen ohne Einfluss; im Schlaf verschwinden sie. Ferner besteht Coprolalie, Echolalie, Echokinesie, Zweifelsucht etc. Auffällig ist, dass die Schimpfworte, wenn sie die heftigen Bewegungen begleiten, mit lauter gellender Stimme herausgestossen werden, dass sie dagegen in der Ruhepause nur leise ausgesprochen werden.

Bei der vierten jetzt 12jährigen Kranken, in deren Verwandtschaft mehrfach Geisteskrankheiten vorgekommen sind und die ebenfalls im Anschluss an einen heftigen Schreck im Alter von 6 Jahren erkrankte, sind die Bewegungen noch allgemeiner und ergreifen Kopf, Rumpf und die Glieder, selten beschränken sie sich nur auf das Gesicht und den rechten Arm; ihre Zahl schwankt zwischen 2 und 12, im Schlaf werden sie schwächer, hören aber doch nicht ganz auf und dauern namentlich im rechten Arm beständig an. Ihre Geschwindigkeit ist wechselnd, bald verlaufen sie wie unter dem Einfluss einer electrischen Entladung, bald langsamer. Daneben bestehen Echolalie und mehrere hysterische Symptome. Ausführlich begründet Ch., dass es sich in diesem Falle weder um eine gewöhnliche Chorea, noch um die Sydenham'sche Chorea, noch um hysterische Zuckungen gehandelt haben kann, indem er die differentiell diagnostischen Merkmale dieser Krankheiten eingehend bespricht.

Falkenberg-Lichtenberg.

---

310) **Charcot**: Sclérose laterale amyotrophique ou amyotrophie hystérique?
(Arch. de Neurol. XXV. 74.)

Ch. bespricht kurz die verschiedenen Formen der progressiven Muskelatrophien, wie sie bei verschiedenen Rückenmarksaffectionen oder als primäre Muskelerkrankung vorkommen. Im Anschlusse an diese Ausführungen giebt er die Krankengeschichte eines 31jährigen Mannes wieder, bei dem die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf eine hysterische Muskelatrophie gestellt war, die Möglichkeit einer ernsteren organischen Rückenmarkserkrankung aber nicht mit voller Bestimmtheit ausgeschlossen werden konnte. Dieser hereditär belastete Kranke hatte in der Jugend an nächtlichen Angstzuständen gelitten, war später aber ganz gesund geworden, so dass er der Militärpflicht genügen konnte. Lues soll er nie gehabt haben. Heftige Gemüthsbewegungen brachten vor Kurzem in ihm eine tiefe psychische Verstimmung hervor und waren Anlass zu einem hysterischen Anfall, der ihn vor 2 Monaten befiel. Ganz zufällig bemerkte er wenige Tage vor seinem Eintritt in die Behandlung Ch.'s, dass sein linkes Bein dünner war als das rechte; er erschrack hierüber so sehr, dass er wiederum einen hysterischen Anfall bekam. Objectiv fand sich eine sehr deutliche Abmagerung des ganzen linken Beines und eine geringere Atrophie des deltoideus und infraspinatus der rechten Seite. In den atrophischen Muskeln bestanden deutliche fibrilläre Zuckungen und eine geringe Herabsetzung der faradischen und galvanischen Erregbarkeit, aber keine Entartungsreaction. Die grobe Kraft war im linken Bein etwas geringer als im rechten, subjectiv hatte der Pat. aber nicht das Geringste von dieser Schwäche bemerkt oder irgend welche Beschwerden dadurch gehabt. Die Patellarreflexe und Sehnenreflexe waren sehr lebhaft, die Sensibilität war am ganzen Körper intact. — Die Diagnose einer hysterischen Atrophie erscheint Ch. namentlich desshalb nicht völlig einwandsfrei, weil die atrophischen Glieder weder gelähmt waren, noch irgend welche Sensibilitätsstörungen aufwiesen und weil deutliche fibrilläre Zuckungen vorhanden waren, die bei hysterischen Atrophien mindestens als ungewöhnlich bezeichnet werden müssen, wenn sie auch in einzelnen Fällen sicher beobachtet sind.

Falkenberg-Lichtenberg.

---

311) **L. Bremer** (St. Louis): A case of hysterical astasia-abasia suing for damages, with remarks on the nature of the disease and the hysterical temperament.
(The journal of nervous and mental disease. Jan. 1893.)

Eine 49jährige Frau benutzte beim Besuche eines grossen Kaufhauses den dortigen Aufzug; wie sie behauptete, blieb letzterer plötzlich ruckweise still stehen, so dass sie mit dem Kopf auf die Erde fiel und einige Zeit in einem halb bewusstlosen Zustande sich befand. Seit dieser Zeit will Pat. nicht mehr gehen und stehen können und verlangte sie desshalb von der betreffenden Firma vor Gericht eine Entschädigung von 20,000 Dollars. Ihre Aerzte wiesen nach, dass Pat. thatsächlich nicht gehen und stehen konnte, dagegen in der Rückenlage ihre Beine mit voller Kraft nach Willkür benutzen konnte; angeblich fehlten alle Sensibilitätsstörungen; die

Sphincteren waren normal; die Aerzte schlossen auf Caries der Wirbel, traumatische Neurose etc. B., welcher später als Gutachter hinzugezogen wurde, aber die Kranke nicht untersuchen konnte, wies aus dem Vorleben derselben ihr hysterisches Temperament nach. Sie hatte zahlreiche beleidigende anonyme Briefe geschrieben, Raubattentate auf sich erdichtet, ein Begräbniss für sich bestellt etc. Die vorliegende Krankheit ist eine hysterische Astasie-Abasie, die wahrscheinlich im Anschluss an einen hysterischen Anfall aufgetreten ist (an der Maschine war nichts passirt). Die Klägerin wurde mit ihrer Klage abgewiesen. B. bespricht im Anschluss hieran die hysterischen Pseudoattentate und ähnliche Vorkommnisse, die schon oft vor Gericht unschuldige Opfer gefordert haben, und führt einige Beispiele aus der älteren Litteratur an. Heute, wo dank den Forschungen Charcot's die Hysterie kein unbestimmtes, unklares Krankheitsbild mehr ist, dürfte die Entlarvung derartiger Fälle wohl meistentheils gelingen.

Strauscheid.

---

312) **Morton Prince** (Boston): A case of so called „astasia-abasia".
(The journal of nervous and mental disease. Dec. 1892.)

Ein 73jähriger Mann aus gesunder Familie, früher nicht wesentlich krank, erkrankte im November 1890. Beim Gehen auf der Strasse wurden seine Beine plötzlich steif, so dass er nicht mehr weiter konnte; dies dauerte einige Minuten, dann konnte er wieder gehen etc. Solche Anfälle wurden allmählich häufiger, so dass er bald überhaupt nicht mehr gehen konnte. Jetzt kann er zwar ohne Krücken leidlich stehen, aber nicht gehen; mit Hülfe derselben hat er beim Aufheben der Füsse einige Schwierigkeit, dieselben gerathen in eine Art rhytmischen Zitterns, der Körper wird vorgeschoben und die Füsse folgen demselben. Er kann noch auf andere Weise und zwar ziemlich rasch gehen, wenn er nämlich nach je zwei Schritten das rechte Bein mit dem Knie auf einem mitgeführten Stuhle einen Augenblick ausruht. Die Bewegung der Beine bei Rückenlage ist eine freie und kräftige. Er hat das Gefühl von Hitze in beiden Unterschenkeln, Schmerzen in beiden Füssen und zuweilen in den Knieen und Schultern. Zuweilen Crampi der rechten Wade. Puls ca. 74, unregelmässig. Pat. spricht nur in kurzen abgerissenen Sentenzen. Die Rumpfbewegungen sind nicht ganz frei und leicht. Er behauptet noch jetzt oft, zur Nachtzeit ca. 6mal leicht und ohne Hülfe durch das Zimmer gehen zu können.

Verf. vermuthet, dass diesem Symptomencomplexe eine organische Erkrankung zu Grunde liegt und kommt wegen des eigenthümlichen (nicht näher beschriebenen) Gesichtsausdruckes, der monotonen Sprechweise des Kranken, der leichten Affection der Rumpfmusculatur zu dem Wahrscheinlichkeitsschlusse, dass es sich um einen eigenartigen Fall von Paralysis agitans handle. Ref. ist nach der kurzen Beschreibung des Verf. der Ansicht, dass es sich hier um einen typischen Fall von intermittirendem Hinken auf Grund arterieller Obliteration handelt, wie Charcot es uns kennen gelehrt hat, eine Möglichkeit, welche von P. gar nicht in Betracht gezogen wird.

Strauscheid.

---

314) **Orrego Luco** (Santiago, Chile): Hystérie traumatique.
(Nouvelle iconographie de la Salpêtrière 1892, Nr. 6.)

Verf. berichtet über einen typischen Fall von traumatischer Hysterie, welche 4 Monate nach einem schweren Kopftrauma auftrat und sich durch sensible-sensorische Hemianästhesie, Micro-Megalopsie (ohne monoculäre Polyopie) etc. kennzeichnete. Strauscheid.

---

314) **W. L. Worcester** (Arkansas): The mortality of epilepsy in asylums for the insane.
(The journal of nervous and mental disease. March 1892.)

In den neurologischen Lehrbüchern wird in der Regel die Epilepsie als eine Krankheit geschildert, welche das Leben der betreffenden Patienten nur wenig bedrohe und nur selten verkürze. Dem tritt Verf. an der Hand der Statistiken der Irrenanstalten über die Epileptiker entschieden entgegen. Dass die Sterblichkeit der Epileptiker im Allgemeinen eine höhere ist, wie bei den übrigen Geisteskranken, geht aus folgender Zusammenstellung hervor. Auf 27,865 Aufnahmen von Geisteskranken kamen 3212 Todesfälle, d. i. 11,88% ; auf 1326 aufgenommene Epileptiker dagegen 389 Todesfälle, gleich 29,27%. Vergleicht man die von 15 Irrenanstalten für die ganze Zeit ihres Bestehens zusammengezählten Todesfälle der männlichen und weiblichen Insassen im Verhältniss zu den Aufnahmen, so findet man, dass der allgemeine Procentsatz 24,04 resp. 19,93 ist, dagegen, wenn man allein die Epileptiker berechnet, 33,97 resp. 33,89. Von den Todesursachen der Epileptiker ist die Epilepsie bei weitem die häufigste; sie macht weit über 50% aus. So starben in einer Anstalt von 62 Epileptikern 38 an Epilepsie, in einer anderen von 65 Epileptikern 38. Dass die Epilepsie ferner das Leben verkürzt, geht aus einer Zusammenstellung der Lebensalter derselben hervor. So waren von 161 Epileptikern über 10 Jahren nur 28 oder 17,2% über 40, nur 5 oder 3,12% über 50 Jahre alt. Allerdings mögen die in Irrenanstalten untergebrachten Kranken vielleicht an etwas heftigerer Epilepsie leiden, obwohl geistige Störung auch sehr oft bei sonst ganz leichter Epilepsie auftritt. Jedenfalls aber müsste für obige Schilderung der Lehrbücher der Nervenkrankheiten statt der einfachen Behauptung ein Beweis beigebracht werden. Strauscheid.

---

315) **G. Levin**: Cysticercus cellulosae. Vortrag in der Gesellschaft der Charité-Aerzte 25./III 92.
(Berl. klin. Wochenschrift 1893, Nr. 16.)

Der Vortrag ist für den Psychiater insofern interessant, als er auf die Bedeutung der Hautcysticerken, für die Erkrankung der durch Cysticerken im Gehirn ergänzten Krankheiten, besonders der Epilepsie, hinweist. L. führt einen Fall an, wo die Section seine intra vitam gestellte Diagnose auf Hirncysticerken bestätige, und mehrere Fälle von noch Lebenden, wo diese Diagnose höchst wahrscheinlich richtig ist. L. stellte einen dieser Kranken vor, welcher wegen eines Kopf- und Magenleidens von den verschiedensten Aerzten ohne den geringsten Erfolg behandelt worden ist, und bei dem die Auffindung von Hautcysticerken die Erklärung für den ganz eigenthümlichen Symptomencomplex abgab. Hoppe.

IV. Original-Vereins-Berichte.

Jahres-Sitzung des Vereins der deutschen Irrenärzte zu Frankfurt a. M. am 25. und 26. Mai 1893.

Die Sitzung, welche am 25. Mai früh 9 Uhr im Senckenberg'schen Institut eröffnet wurde, war ausserordentlich zahlreich von ca. 80 Irrenärzten aus allen Theilen Deutschlands besucht. Im Vordergrund des allgemeinen Interesses standen zwei in socialer Beziehung ausserordentlich wichtige Themata, nämlich 1. Psychiatrie und Seelsorge, Ref. Siemens-Lauenburg und Zinn-Eberswalde, 2. über die Bestrebungen zur Abänderung des Verfahrens bei der Anstaltsaufnahme und bei der Entmündigung von Geisteskranken, Ref. Zinn-Eberswalde und Pelman-Bonn. Im Hinblick auf diese Themata wohnten der Sitzung zwei Abgesandte des preussischen Kultusministeriums, Ministerialdirector Bartsch und Ministerialrath Schönfeld, bei. Ersterer brachte der Versammlung nach der Begrüssung von Seiten des Vorsitzenden, Prof. Jolly, den Gegengruss von Seiten des preussischen Kultusministers, welcher mit Interesse den Verlauf der bezüglichen Verhandlungen verfolge. Es handelte sich dabei im Wesentlichen um Abwehr der Angriffe und Bestrebungen, welche von einer bestimmten kleinen, aber einflussreichen Partei in Preussen gegen die wissenschaftliche Psychiatrie, den irrenärztlichen Stand und das in Preussen geltende Recht gerichtet werden. In einer längeren Vorberathung waren von Seiten des Vorstandes mit den Referenten unter Zuziehung mehrerer anderer Mitglieder die Thesen festgestellt worden, welche der Versammlung zur Berathung im plenum vorgelegt wurden. Dieser eingehenden Vorberathung ist es wohl wesentlich zuzuschreiben, dass die Thesen eine dem Gesammtwillen der Versammlung durchaus entsprechende Gestalt erlangt hatten. Als Referent zu dem ersten Thema sprach Siemens. Da sein ausführlicher Bericht und das Correferat von Zinn, sowie das Referat Zinn's zu dem zweiten Thema auf Beschluss des Vereins bald im Druck erscheinen soll, können wir uns hier kurz fassen. S. kennzeichnet zunächst kurz den Fortschritt der medicinischen Wissenschaft in den letzten Jahrzehnten, sowie ihr Verhältniss zu den Humanitäts-Bestrebungen, und weist der Psychiatrie ihre Stelle in diesem allgemeinen Rahmen der modernen Wissenschaft an. Sie steht als klinische Disciplin jetzt bis auf die officielle Anerkennung durch Aufnahme in die medicinischen Prüfungsgegenstände vollständig ebenbürtig neben ihren älteren Schwestern und ist ein untrennbares Glied der wissenschaftlichen Medicin. Während es nun auf der einen Seite immer noch in der rein physikalischen Naturwissenschaft Dunkelmänner giebt, welche die Phrase eifrig colportiren, dass die Psychiatrie noch keine Wissenschaft sei, kommen auf der anderen Seite die noch dunkleren Geister, welche sagen, dass die Psychiatrie als Wissenschaft überhaupt gar nicht nothwendig sei, und welche die practische Irrenbehandlung zur Sache der Kirche machen wollen. S. kennzeichnet nun die Rolle, welche theologische Vorstellungen früher in der Auffassung der Geisteskrankheit gespielt haben, die jetzt auf den evangelischen Irrenseelsorger-Conferenzen von v. Bodelschwingh, Hafner-Elberfeld, Knodt-Münster und anderen von Neuem in einer der wissenschaft-

lichen Psychiatrie durchaus feindlichen Weise wiederbelebt werden. Eine Zusammenstellung der betreffenden Sätze aus den Conferenzberichten findet sich im Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, Februar 1893. Diesen Bestrebungen gegenüber, welche den Irrenärzten die Irrenpflege aus der Hand nehmen wollen, wobei noch dazu als scheinbares Argument dafür Aussprüche von Irrenärzten selbst ausgebeutet werden, weist S. auf die klaren Anschauungen erfahrener und wohlmeinender Irrenseelsorger hin, z. B. auf den Ausspruch von Herm. Werner („Der religiöse Wahnsinn", Zeitschrift des christlichen Volkslebens, Bd. XV, Heft 3 und 4, pg. 114), welcher sagt: „Die rechte Behandlung aller Geisteskrankeu, also auch der religiös Wahnsinnigen, kann nur durch sachverständige Aerzte, in erster Linie also durch Irrenärzte, erfolgen". Ferner bezieht sich S. auf die Artikel von Pfarrer Achtnich-Illenau in der „christlichen Welt 1893, Nr. 19 u. 20", welche als Reaction auf die Artikel von Sommer-Würzburg im Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie erschienen sind und die im Grunde den ärztlichen Standpunkt im Gegensatz zu den Bestrebungen v. Bodelschwingh's völlig anerkennen. Achtnich sagt: „Der erste Paragraph im Katechismus des Irrenseelsorgers muss lauten: Jede Seelenstörung, sie heisse, wie sie wolle, ist als eine Erkrankung zu begreifen. Diesen Fundamentalsatz aller Psychiatrie sollten wir Irrenseelsorger mit Freuden wie eine Erlösung begrüssen". S. kritisirt dann in eingehender Weise eine Reihe von Sätzen jener Conferenzberichte, in denen, abgesehen von den positiven Bestrebungen, die Irrenanstalten in die Hände der Kirche zu bringen, schwere Vorwürfe gegen den irrenärztlichen Stand enthalten sind. Sodann schildert S. die positiven Erfolge, welche diese Partei im Stillen schon erreicht hat: die innere Mission hat bereits angefangen, Anstalten zu bauen, nicht nur Pflegeanstalten, sondern auch Heilanstalten. Einzelne Abtheilungen für Gemüthskranke gab und giebt es schon in den pastoralen Anstalten, und der rheinische Provinzialausschuss für innere Mission hat in Bonn nach einem Vortrag des Pastor Hafner die Begründung einer evangelischen Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke beschlossen. In vielen pastoralen Epileptiker- und Idioten-Anstalten wird gebaut für Geisteskranke, und das am 1. April 1893 in Preussen in Kraft getretene Gesetz vom 11. Juli 1891, betr. die erweiterte Fürsorge für Geisteskranke, Schwachsinnige und Epileptische hat viele Prov.-Verwaltungen leider bewogen, den unter geistlicher Leitung stehenden Anstalten reiche Mittel zu Erweiterungsbauten zufliessen zu lassen. Am Rhein ist auch das Eindringen der katholischen Orden in die Irrenbehandlung ohne fachmännische psychiatrische Aufsicht schon weit gediehen. Die katholischen Orden am Rhein erhalten jährlich von der Provinz für die Unterhaltung der Irren ungefähr 438,000 Mark. S. schildert dann weiter die entsprechenden Verhältnisse Pommerns und Preussens. Und bei dieser Connivenz, mit welcher man der Geistlichkeit Geisteskranke anvertraut unter Umgehung des ärztlichen Standes und der staatlichen Organisation, bekunden nun diese Männer psychiatrische Anschauungen, welche alle Wissenschaft und Vernunft auf den Kopf stellen.

Auch an den Grundpfeilern der Criminalpsychologie wird gerüttelt, die Geisteskranken „haben noch ein Gefühl der Verantwortlichkeit" und sind in Folge dessen auch zu bestrafen. S. bespricht nun den Mangel an

staatlicher Aufsicht, durch welchen sich diese zum Hohn auf die psychiatrische Wissenschaft geleiteten Anstalten auszeichnen. Man ist bei der Concessionirung und Beaufsichtigung dieser Anstalten nach dem discretionären Ermessen verfahren. Die staatliche Aufsicht ist in Folge dessen bei den meisten dieser Anstalten thatsächlich nicht ausgeübt worden, auch dann noch nicht, als sie bereits eine Menge Geisteskranker aller Art verpflegten. Erst durch den Ministerialerlass vom 12. December 1892 ist principiell in Preussen diese Frage zu Gunsten der Staatsaufsicht entschieden worden. S. zeigt, dass diese pastoralen Anstalten, welche für die Verpflegung der Kranken von den Bemittelten, den Armenverbänden, den Provinzen oder Staaten Geld nehmen, ferner aus regelmässigen concessionirten Collecten Einnahmen haben, eigentlich den Character der Oeffentlichkeit haben und denselben Vorschriften der staatlichen Ueberwachung unterstehen müssten, wie die öffentlichen Anstalten: den Vorschriften über Aufnahme und Entlassung, den Revisionen, der minutiösen Controlle der Ausgaben, der Verpflichtung genauer Rechnungslegung und allen den Verwaltungsvorschriften, unter denen wir stehen. Es sind eben günstige Ausnahmebedingungen, unter denen sie stehen, sie haben Rechte, keine Pflichten. Wenn aber hieraus Kapital geschlagen wird gegen uns Aerzte, so müssen wir uns dagegen energisch wehren. Es wird endlich Zeit, dass die Aufmerksamkeit der Behörden und des Publikums auf diese auffallende, durch nichts begründete Rechtsungleichheit gelenkt wird, welche bezüglich der von Geistlichen geleiteten Kranken- und Irrenanstalten und den von Aerzten geleiteten besteht. — Sodann geht S. auf die psychiatrische Behandlung der Geisteskranken ein, welche nach v. Bodelschwingh's Ansicht einzig den Geistlichen zukommt, da ja die Aerzte sich nur auf die körperliche Maschine verstehen, ja sogar diese öfter durch ihre medicamentoesen Mittel verderben. — Wir verweisen nochmals auf die bald in extenso erscheinende Broschüre von Siemens.

Zinn als Correferent erklärte sich völlig mit Siemens für einverstanden und hebt in seinem ebenfalls bald zu druckenden Vortrag nur noch einige Punkte hervor. Zuerst ergänzt Z. die Geschichte der Irrenseelsorgerconferenzen und bemerkte, dass die von den Thesen bekämpften Sätze nach der Erklärung des Pastor Achtnich-Illenau vorläufig noch als der Ausdruck der Meinung und der Bestrebungen der Pastoren v. Bodelschwingh, Hafner, Knolt zu betrachten seien, dass aber der „Verband deutscher evangelischer Irrenseelsorger“ sich dafür mitverantwortlich mache, wenn er nicht sehr bald öffentlich klare Stellung dazu nehme. Ferner kennzeichnet Z. den Gegensatz, in welchem die gegenwärtige Sachlage zu den alten Traditionen der preussischen Regierung steht. Minister v. Hardenberg pflichtete im Jahre 1804 dem berühmten Gutachten von Langermann vollkommen bei, welcher damals schrieb: „Von sehr vielen ist der Rath gegeben worden, den Prediger an der psychischen Kur Theil nehmen zu lassen. Dabei kommt nichts heraus“. In der Antwort des Ministers heisst es: „Es ist Pflicht des Staates, sowohl zum Besten der Unglücklichen, deren Verstand zerrüttet ist, an sich, als auch zur Erweiterung der Wissenschaft überhaupt alle Anstalten zu treffen, welche zum Zweck führen können. Bei dem genauen Zusammenhang aller Theile der Medicin unter sich und der

Gewalt der Vernunft über den Körper lässt sich von der weiteren Ausbildung der psychischen Kurmethode ein entscheidender Gewinn nicht bloss für die Kur der Irren, sondern auch für die ganze Medicin erwarten". Ferner heisst es: „Denjenigen, bei welchen es der Seelenzustand zulässt, muss die Wohlthat religiöser Unterhaltung und Ermunterung zweckmässig zu Theil werden. Der Arzt wird jedesmal angeben können, wo dieses zulässig ist." Auf diesem Standpunkte der preussischen Regierung vom Jahre 1804 stehen heute noch die Irrenärzte, während von v. Bodelschwingh u. a. eine völlige Umkehr geplant wird. Z. beweist nun eingehend, dass auch Epileptische und Idioten durchaus in ärztlich geleitete Anstalten gehören, bezieht sich dabei u. a. auf die Arbeit von Wulff: „Bemerkungen über das Vorkommen von Tuberculose in Idiotenanstalten." Sodann theilt Z. ein Schreiben von Director Scholz-Bremen mit. Es heisst darin: „Die äussere Veranlassung des Weggangeos der Bielefelder Diakonen und Diakonissen war die schwere Misshandlung einer Kranken, bei welcher Gelegenheit sich herausstellte, dass Prügel schon längere Zeit gewohnheitsmässig ausgetheilt worden waren." Das sind nicht zufällige Rohheiten, sondern die nothwendigen Consequenzen einer kirchlichen Psychiatrie, welche die Geisteskranken verantwortlich für ihr Thun machen will und den Irrenärzten vorwirft, dass sie durch ihre deterministische Auffassung der Handlungen Geisteskranker diese zum willenlosen Thier degradiren. Scholz schreibt dann: „Ich rathe dringend ab, sich auf Aehnliches einzulassen. Ich muss mich leider selbst anklagen, durch zu grosse Vertrauensseligkeit gefehlt zu haben." Das ist eine der gewichtigsten Stimmen, welche sich ohne den Anschein, antireligiös zu sein, gegen die kirchliche Psychiatrie, ja sogar gegen die Verwendung geistlicher Pfleger an ärztlich geleiteten Irrenanstalten wendet. Am Schluss richtet Zinn einen eindringlichen Appell an die jüngere Generation von Irrenärzten, es möge keiner trotz des Concurrenzkampfes in eine Brodstelle treten, bei welcher er die Würde des ärztlichen Standes einer wissenschaftsfeindlichen Bestrebung unterordnen müsse. —

Die in grosser Zahl erschienenen Irrenärzte, welche im Einzelnen den verschiedensten politischen und religiösen Richtungen angehörten, nahmen hierauf einmüthig und einstimmig die folgenden vom Vorstand vorgelegten Thesen an:

I. 1. Das Irresein ist eine Krankheit des Gehirns und des Nervensystems; der Irre ist ein Kranker, der für sein Thun und Lassen verantwortlich nicht gemacht werden kann.

Der von den Pastoren v. Bodelschwingh, Hafner und Genossen vertretene Standpunkt, welcher die dem Irrsein zu Grunde liegende Krankheit auf den Begriff der Sünde und des Besessenseins zurückführen, den Irren als „dämonisch" krank geworden und „für sein Thun und Lassen verantwortlich" erklären will, steht im Widerspruch mit den durch Wissenschaft und Erfahrung **unanfechtbar sicher gestellten** Thatsachen und in schroffem Gegensatz zur Rechtspflege, Gesetzgebung und öffentlichen Meinung aller Culturstaaten der Welt.

2. Die Lehre der Pastoren v. Bodelschwingh, Hafner und Genossen ist nur geeignet, alle Vorurtheile neu zu beleben, einen Gegensatz zwischen

dem Anstaltsgeistlichen und der ärztlichen Oberleitung zu schaffen, ein gedeihliches Zusammenwirken beider zu erschweren und die unglücklichen Kranken und ihre Familien auf's Schwerste zu schädigen.

Diese Lehre, practisch bethätigt, würde nothwendig zur Verkehrung des Characters der Irrenanstalten in den von Strafanstalten, zur Bestrafung der Geisteskranken, zum Exorcismus und schlies lich zu den Hexenprocessen des 16. und 17. Jahrhunderts führen.

In den Conferenzen des „Verbandes deutscher evangelischer Irrenseelsorger" ist gegen die Lehren und Forderungen der Pastoren von Bodelschwingh und Genossen nur ganz vereinzelter Widerspruch erhoben, aber ein Beschluss nicht gefasst worden. Es ist um so mehr Pflicht des Verbandes deutscher evangelischer Irrenseelsorger — wenn er nicht mitverantwortlich sein will — endlich öffentlich klare Stellung zu der Lehre, den Bestrebungen und Forderungen der v. Bodelschwingh, Hafner und Knodt zu nehmen, als diese Herren, soweit bekannt, den Verband gegründet und dessen Leitung in Händen haben.

3. Nicht unter ärztlicher Leitung und Verantwortung stehende Anstalten für Geisteskranke — einerlei, ob dieselben heilbar oder unheilbar sind —, für Epileptische und für Idioten entsprechen nicht den Anforderungen der Wissenschaft, Erfahrung und Humanität und können desshalb als „zur Bewahrung, Kur und Pflege" dieser Kranken geeignete Anstalten, auch im Sinne des Preussischen Gesetzes vom 11. Juli 1891, nicht betrachtet werden.

Unheilbare Geisteskranke bedürfen der ärztlichen Fürsorge nicht minder als die heilbaren.

4. Es ist desshalb Pflicht des Staates, der Provinzial- und Kreisverbände, die hülfsbedürftigen Geisteskranken, Epileptischen und Idioten in eigenen, unter ärztlicher Leitung und Verantwortung stehenden Anstalten zu bewahren, zu behandeln und zu verpflegen.

5. Alle im Besitz von Privaten und religiösen Genossenschaften befindlichen Anstalten der genannten Art müssen unter verantwortliche ärztliche Leitung und unter **besondere** Aufsicht der Staatsbehörde gestellt werden.

6. Als leitende und für die Leitung verantwortliche Aerzte dürfen nur psychiatrisch theoretisch und practisch vorgebildete Aerzte angestellt werden. Ihre Anstellung an im Besitz von Privaten oder von religiösen Genossenschaften befindlichen Anstalten bedarf, wie ihre Dienstanweisung, der Genehmigung der Staatsbehörde.

7. Die fernere Annahme einer Stelle an einer nicht unter ärztlicher Leitung stehenden Anstalt durch einen Arzt widerstreitet dem öffentlichen Interesse und der Würde des ärztlichen Standes.

II. 1. Die an den Irrenanstalten angestellten Geistlichen werden überall in Deutschland von den Directoren und Aerzten „in ihrer Thätigkeit gewürdigt und unterstützt", sofern dieselben das

„Maass und die Art pastoraler Einwirkung den ärztlichen Vorschriften unterordnen".

Die deutschen Irrenärzte erkennen es als ihre Pflicht an, das religiöse Bedürfniss ihrer Kranken befriedigen zu lassen, sie sind einmüthig der Ueberzeugung und handeln demgemäss, dass an Irrenanstalten den Kranken eine ausreichende Seelsorge nicht fehlen dürfe, dass aber der Umfang und die Art derselben von der Weisung des leitenden Arztes abhängen müsse und nur im Einvernehmen mit demselben erfolgen könne, dass dieselbe aber überall da zu gestatten sei, wo ein Nachtheil für den Kranken nach pflichtgemässem Ermessen des Arztes nicht zu befürchten ist.

Die deutschen Irrenärzte weisen die Behauptung der Pastoren v. Bodelschwingh und Genossen, dass in den Irrenanstalten die Einwirkungen der Kirche auf die Kranken wesentlich beeinträchtigt und die Kranken des ihnen so nöthigen religiösen Trostes oft in unverantwortlicher Weise beraubt seien, als Unwahrheit zurück.

2. Die Anstalten sollen für Kranke aller Confessionen bestimmt sein, sogenannte confessionelle Anstalten sind nicht zu empfehlen.

Für den Wartedienst in den Anstalten sind Angehörige religiöser Genossenschaften oder Orden mit Rücksicht auf die nothwendige einheitliche ärztliche Leitung ebenfalls nicht zu empfehlen.

Die Behauptung jedoch, dass die Irrenärzte aus dem persönlichen Grunde der Einführung dieses Personals widerstrebten, weil sie dadurch „etwas von ihrer Macht aus der Hand geben müssten und von ihnen damit eine Entsagung gefordert würde, die gerade dem Director einer Irrenanstalt nicht ganz leicht sei", müssen wir als eine unbegründete Verächtigung ablehnen. Nur die Rücksicht auf das Wohl der Kranken, nicht aber persönliche Rücksicht oder der persönliche religiöse Standpunkt ist für unsere Entscheidung massgebend. Die deutschen Irrenärzte thun, was ihre Pflicht ihnen vorschreibt; die Erfüllung einer Pflicht hat für dieselben weder etwas „Bedenkliches", noch wird sie von ihnen als Entsagung empfunden. —

Nach der Annahme der Thesen ergriff Herr Pfarrer Teichmann aus Frankfurt a. M. das Wort und erklärte im Anschlusse an die von Pfarrer Achtnich in Illenau in der „christlichen Welt" gegebenen Ausführungen, dass nur in Uebereinstimmung mit der ärztlichen Auffassung der Geisteskrankheit für den Irrenseelsorger ein gedeihliches Zusammenwirken mit den Irrenärzten möglich sei. Nur ein kleiner Theil der evangelischen Geistlichkeit stehe auf dem von den Thesen bekämpften Boden. Abgesehen von der absoluten Einstimmigkeit der Versammlung erhöhte dieses freimüthige Auftreten eines erfahrenen Irrenseelsorgers noch mehr den Eindruck, dass es sich bei diesen Thesen nicht um eine politisch oder antireligiös gefärbte Agitation, sondern um eine Sache der gesunden Vernunft, der vernünftigen Organisation und des friedlichen Verhältnisses zwischen Irrenarzt und Irrenseelsorger handelt. Ferner wurde von Pelmann und Sommer darauf hingewiesen, dass die absolut logische Consequenz der v. Bodelschwingh'schen Prämissen die Austreibung der die Geistesstörung verursachenden Dämonen sei, wofür ein neuer im vorigen Winter vorgekommener Fall

angeführt wurde. Als Gewährsmann für diesen bisher unbekannten Fall von Teufelsaustreibung wird von Sommer-Würzburg Herr Dr. Ofterdinger, Rellingen bei Pinneberg, mit dessen Genehmigung genannt. Dieselbe hat im vorigen Herbst in Uetersen im Kreise Pinneberg bei Gelegenheit eines Festes des Vereins für innere Mission stattgefunden und ist von dem damaligen Inspector des Vereins, Roeschmann, früher Pastor in Itzehoe, vorgenommen worden. Nähere Mittheilungen werden im Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie folgen. Zu bemerken ist, dass die absolut einstimmige Annahme der Thesen durchaus nicht unter dem Eindruck dieser unglaublich klingenden Mittheilung geschehen ist. — Darauf verlangte Wildermuth, dass die Verhandlungen der Sitzung durch Drucklegung der Vorträge in weiteren Kreisen bekannt gemacht würden.

Am Nachmittag des 25. wurde das zweite social wichtige Thema behandelt: „Ueber die Bestrebungen zur Abänderung des Verfahrens bei der Anstaltsaufnahme und bei Entmündigung von Geisteskranken". Es ist unmöglich, das umfassende Referat von Zinn-Eberswalde über diesen Punkt, dessen Vortrag volle 2 Stunden in Anspruch nahm, hier nur einigermassen wiederzugeben. Ich verweise desshalb auf die bald erscheinende vom Verein der deutschen Irrenärzte herauszugebende Broschüre. Die Abhandlung bietet eine völlige Geschichte des Entmündigungsverfahrens in Preussen und Deutschland mit vergleichenden Ausblicken auf die Gesetzgebung anderer Länder, ferner eine vernichtende Kritik des bekannten „Aufrufes" und der Stöcker'schen Reden im preuss. Abgeordnetenhause, sowie der dem Aufruf als Basis dienenden Litteratur. Z. zweifelt nicht an dem guten Willen von Herrn Stöcker und der Unterzeichner des „Aufrufes", unter welchen sich mehrere, dem Vortr. bekannte und von ihm hochgeachtete Männer befinden, zweifelt auch nicht, dass sie in gutem Glauben, eine öffentliche Pflicht zu erfüllen, gehandelt haben, kann ihnen jedoch den Vorwurf nicht ersparen, dass sie ohne sorgfältige Prüfung der von ihnen mitgetheilten angeblichen Thatsachen, ohne genügende Information, ohne Kenntniss der wirklichen Sachlage, nur gestützt auf einseitige Angaben Betheiligter und auf eine Litteratur, welche man nicht zu den „ernsten wissenschaftlichen Werken" rechnen kann, so schwerwiegende und in ihren Wirkungen so verderbliche Anklagen gegen den Staat, seine Organe und gegen die Aerzte öffentlich erhoben haben.

Auch den hierzu aufgestellten Thesen stimmte die Versammlung einstimmig zu. Von einer Discussion wurde bei der einmüthigen Stimmung der Versammlung und der vorgerückten Zeit wegen und um den beabsichtigten Besuch der Irrenanstalt der Stadt Frankfurt zu ermöglichen, Abstand genommen. Herr Prof. Meschede, welcher sich als einziger zur Discussion zum Wort meldete, theilte dem Referenten mit, dass er eine principielle Einwendung gegen die Ausführungen von Zinn und die Thesen nicht habe machen wollen. Die einstimmig angenommenen Thesen lauten:

Zu den im Preussischen Abgeordnetenhause am 16. März 1892 und 10. März 1893 von dem Abgeordneten Pastor Stöcker und zu den im „Aufruf" der Kreuzzeitung vom 9. Juli 1892

in Bezug auf die über Aufnahme in Irrenanstalten und deren Beaufsichtigung, über die für das Entmündigungsverfahren wegen Geisteskrankheit in Preussen gültigen Vorschriften und Gesetze und deren Handhabung durch die Verwaltung und Rechtspflege

erhobenen Beschwerden, Beschuldigungen und Forderungen

erklärt der am 25. und 26. Mai 1893 in Frankfurt a. M. zu seiner Jahressitzung versammelte „Verein der deutschen Irrenärzte“ **einmüthig:**

I. 1. Die über die Aufnahme in Irrenanstalten — private und öffentliche — und über die Entlassung aus denselben bestehenden Vorschriften und gesetzlichen Bestimmungen bieten volle Sicherheit gegen ungerechtfertigte Aufnahme und gegen ungerechtfertigte Verlängerung des Aufenthalts der Aufgenommenen in den Anstalten.

Der Nachweis von in Preussen und im übrigen Deutschland angeblich vorgekommenen ungerechtfertigten Aufnahmen, oder zu Unrecht oder „böswillig“ verzögerten Entlassungen ist noch niemals geführt worden, auch nicht durch Pastor Stöcker und den „Aufruf“.

2. Eine Milderung der gültigen Aufnahmebestimmungen ist ohne irgend welche Gefährdung der persönlichen Freiheit der Kranken durchführbar und im Interesse derselben und der Möglichkeit ihrer Heilung dringend erwünscht.

3. Die Verwirklichung der von dem Abgeordneten Pastor Stöcker und dem „Aufruf“ gestellten Forderung: die Entscheidung über die Aufnahme „in die Hand einer Commission unabhängiger Männer zu legen“, würde den beabsichtigten Schutz nicht gewähren, eine rationelle Behandlung, Pflege und Bewahrung der Geisteskranken unmöglich machen, die öffentliche Ordnung und Sicherheit gefährden und zudem sich als kaum ausführbar erweisen.

4. Die Aufnahme in eine öffentliche oder private Irrenanstalt kann und darf nicht von der vorher erfolgten Entmündigung abhängig gemacht werden, wie das auch in allen deutschen Staaten, insbesondere Preussen, anerkannt worden ist.

II. 1. Die über die Beaufsichtigung der Irrenanstalten — öffentlichen und privaten — bestehenden Vorschriften und die den Behörden zu dem Zweck eingeräumten Befugnisse genügen den strengsten Anforderungen und bieten richtig gehandhabt nach jeder Richtung volle Sicherheit.

2. Eine ihrem Zweck mehr entsprechende und häufigere Ausführung der betreffenden Vorschriften ist im öffentlichen und im Interesse der Kranken und ihrer Familien dem „Verein der Deutschen Irrenärzte“ nur erwünscht.

Die von massgebender Stelle ausgesprochene Absicht, einen „hervorragenden Kenner der Psychiatrie“ in erster Linie mit der Beaufsichtigung der privaten und öffentlichen Irrenanstalten zu betrauen, entspricht, sofern derselbe auch durch langjährige Er-

fahrung im Anstaltsdienst mit der Irrenpflege vertraut ist, dem schon 1877 und 1878 (Allg. Ztschr. f. Psych., Bd. 34, S. 713 u. f., Bd. 35, S. 527) von dem „Verein der deutschen Irrenärzte“ gestellten und seither wiederholten Verlangen; die endliche Verwirklichung dieses Verlangens wird mit grosser Befriedigung von den Irrenärzten aufgenommen werden.

3. Die Beaufsichtigung der öffentlichen und Privat-Irrenanstalten liegt schon „höheren Verwaltungsbeamten“ (Landesdirector, Oberpräsident, Regierungspräsident) ob. Gegen die beabsichtigte Betheiligung „eines höheren Verwaltungsbeamten“ an der Beaufsichtigung der Irrenanstalten neben dem „Kenner der Psychiatrie“ wird ein Einwand nicht erhoben. Wohl aber muss im Interesse der Kranken und ihrer Familien, im Interesse der Ruhe und Ordnung in der Anstalt gegen die Zuziehung von Elementen, „welche nicht nach Fachkenntnissen urtheilen, sondern auf den Augenschein sehen“, entschieden Verwahrung eingelegt werden.

4. Die Privatirrenanstalten sind ein dringendes Bedürfniss. Die von dem Abg. Stöcker und dem „Aufruf“ gegen die Irrenärzte, namentlich gegen die an Privatanstalten erhobenen Beschuldigungen sind unbegründet, ungerecht und — weil dadurch Misstrauen erregt wird, Vorurtheile geweckt und genährt werden, — im Interesse der Kranken und ihrer Familien zu bedauern.

III. 1. Die Entscheidung, ob eine Entmündigung zu verhängen oder eine ausgesprochene Entmündigung wieder aufzuheben sei, kann nur auf Grund ärztlicher Gutachten durch Richterspruch erfolgen.

Die Verwirklichung des Verlangens des Abg. Pastor Stöcker und des „Aufrufs“, die „Entscheidung über die Entmündigung in die Hand einer Commission unabhängiger Männer zu legen, welche das Vertrauen ihrer Mitbürger geniessen, nicht nach Fachkenntnissen urtheilen, auch nicht durch medicinische Gutachten beeinflusst sind, sondern auf den Augenschein sehen“, würde nur das Interesse und das Wohl der in Frage kommenden Personen, die Rechtssicherheit und das Vertrauen zur Rechtspflege schädigen, die öffentliche Sicherheit und Ordnung gefährden und seinen Zweck verfehlen. Ein solches Verlangen beruht auf völliger Unkenntniss der thatsächlichen Verhältnisse und ist unausführbar.

2. Das in Preussen und Deutschland gültige Verfahren in Entmündigungssachen bietet durch die Anordnung provisorischer Fürsorge, durch die ausgedehnte Zulassung der Anfechtungsklage, die Zulässigkeit einstweiliger Verfügungen zum Schutze der Person und des Vermögens, durch die Möglichkeit, jederzeit, eventuell im Wege des Processes die Wiederaufhebung der Entmündigung erwirken zu können, durch Zulassung der Rechtsmittel — Beschwerde, Klage, Berufung, Revision — und durch die Befugniss des Staatsanwalts, in allen Fällen im Interesse des zu Entmündigenden oder des Entmündigten das Verfahren zu betreiben, einen **ausreichenden Schutz** für die

persönliche Freiheit, die bürgerliche Selbstständigkeit und das Vermögen aller derjenigen Personen, gegen welche der Verdacht einer Geisteskrankheit angeregt und desshalb ein Entmündigungsantrag gestellt ist. Keines der, vor Inkrafttreten des jetzigen Entmündigungsverfahrens für das Deutsche Reich, in Preussen und den übrigen deutschen Staaten in Geltung gewesenen Gesetze hat einen so weitgehenden Schutz für die persönliche Freiheit und die bürgerliche Selbstständigkeit gewährt und damit solche Schonung mit dem körperlichen und geistigen Zustand des zu Entmündigenden oder des Entmündigten verbunden, wie das seit 1879 für das deutsche Reich eingeführte Verfahren in Entmündigungssachen wegen Geisteskranken sie gewährleistet.

3. Der Nachweis für die Behauptungen des Abgeordneten Pastor Stöcker und des „Aufrufs", dass ungerechtfertigte Entmündigungen in Preussen oder im übrigen Deutschland vielfach oder auch nur einmal und namentlich, dass dieselben in Folge mangelhafter gesetzlicher Bestimmungen des Entmündigungsverfahrens vorgekommen seien, ist in keiner Weise erbracht und somit auch nicht der Nachweis für das angeblich vorhandene Bedürfniss einer Abänderung des bestehenden Rechts.

Es bleibt zu bedauern, dass in den von dem Abgeordneten Stöcker und dem „Aufruf" namentlich bezeichneten Fällen angeblich „ungerechtfertigte Entmündigung und Einsperrung in's Irrenhaus" nicht durch amtliche Untersuchung der wirkliche Sachverhalt festgestellt worden ist.

IV. 1. Der Staat hat die Pflicht, für eine bessere theoretische und practische Ausbildung aller Aerzte in der Psychiatrie zu sorgen; zu dem Zweck muss die Zulassung zur ärztlichen Prüfung von dem Nachweis eines mindestens halbjährigen Besuchs einer psychiatrischen Klinik abhängig gemacht und die Psychiatrie als Gegenstand der ärztlichen Prüfung in die Prüfungsordnung aufgenommen werden. (Beschl. d. V. d. d. Irrenärzte 1872, 1877, 1878, 1883 u. s. w., Allg. Ztschr. f. Psychiatr., Bd. 29, 34, 35, 40.).

2. Der Centralbehörde jeden Staates ist ein mit der Psychiatrie und der Irrenpflege durch langjährige Erfahrung im Anstaltsdienste theoretisch und practisch vertrauter Irrenarzt als technischer Rath beizugeben. Demselben ist die Leitung des gesammten Irrenwesens und die Oberaufsicht über die Irrenpflege zu übertragen und hat derselbe diesem Amte ausschliesslich zu leben. (Beschl. d. V. d. d. Irrenärzte 1872, 1877, 1878 u. s. w. Allg. Ztschr. f. Psychiatr., Bd. 29, 34, 35 u. s. w.).

(Fortsetzung folgt.)

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XVI. Jahrgang. 1893 Juli. Neue Folge IV. Band.

I. Originalien.

Zur Pathologie des Linsenkernes und der inneren Kapsel.

Von Privatdocent Dr. Sommer.

(Aus der psychiatrischen Klinik in Würzburg.)

Zum Studium der cerebralen Herdsymptome sind diejenigen Fälle besonders geeignet, in welchen von dem Hirnherd aus am wenigsten Fernwirkungen auf benachbarte Gehirnpartieen ausgeübt werden, wodurch das Bild der durch den Herd selbst direct bedingten Symptome verhüllt wird. Diese Bedingung wird am besten erfüllt durch kleine chronisch entstandene Erweichungsherde, deren Symptome lange Zeit ganz constant geblieben sind, oder kleine apoplectische Herde, deren Fernwirkungen rasch verschwunden sind. Im Folgenden will ich nun einen diesbezüglichen Fall kurz mittheilen, welcher für das Verhältniss vom Linsenkern zur inneren Kapsel und für den Faserverlauf in dieser von Bedeutung ist.

Es handelt sich um eine 44 Jahre alte Frau Regine Friedlein aus Albertshofen, welche am 4. XII. 1889 in die medicinische Klinik in Würzburg aufgenommen und am 10. I 1890 in die psychiatrische Klinik transferirt wurde. Aus der Krankengeschichte der med. Klinik hebe ich Folgendes hervor:

„Ueber ihr jetziges Leiden giebt Patientin Folgendes an: Vergangenen Herbst war sie mit Holzlesen beschäftigt, als sie plötzlich zusammenstürzte und soll sie nahezu eine Stunde bewusstlos gewesen sein, in welchem Zustand sie von ihrem Mann auf einem Schiebkarren nach Hause gebracht wurde. Als sie das Bewusstsein wieder erlangt hatte, wusste sie sich absolut nicht mehr auf den Anfall zu erinnern. Sie will nach dem Anfall, nach ihrer eigenen Angabe, „wie närrisch“ gewesen sein. Das Närrischsein soll in hochgradigster Aufregung und vollständigstem Verlust des Gedächt-

nisses bestanden haben. — Des Weiteren giebt Patientin an, unmittelbar nach dem Anfall eine bedeutende Verminderung ihres Hör- und Sehvermögens bemerkt zu haben, auch Doppelsehen soll vorhanden gewesen sein, jedoch verloren sich diese Störungen mit der Zeit immer mehr. Ausserdem hatte Patientin die Sprache vollkommen verloren, die Zunge war wie gelähmt, wie sie sagt; dieser Zustand dauerte über 8 Tage; erst ganz langsam kehrte die Sprache wieder, ohne dass sie jedoch wieder gerade so wie vorher geworden wäre. Sowohl beim Essen wie beim Trinken verschluckte sich Patientin sehr häufig, doch soll es in der letzten Woche seltener geworden sein. Auch das Kauen ist der Patientin nicht mehr in gleicher Weise wie früher möglich. Nach dem Anfalle waren beide Beine der Patientin wie gelähmt, ebenso der linke Arm. Die Lähmung der Beine soll nach 14 Tagen vollständig geschwunden gewesen sein, obwohl sie anfangs gar nicht gehen konnte.

Dagegen soll es mit der linken oberen Extremität schlechter als je geworden sein. Die Beweglichkeit derselben ist beeinträchtigt, ebenso ist alle Kraft aus derselben verschwunden, so dass Patientin nicht im Stande ist, auch nur das Geringste zu halten. — Dabei bemerkt sie, wenn sie einen Gegenstand berühren will, ein eigenthümliches Zucken. Des Weiteren klagt Patientin über sehr starkes Zittern, sowie über zuweilen auftretende heftigste Schmerzen. Sie sucht desshalb das Spital auf.“ —

Bei der Aufnahme in die psychiatrische Klinik, wohin sie wegen mehrfacher psychischen Aufregungen am 10. I 90 transferirt wurde, konnte kein Zweifel mehr sein, dass es sich um eine progressive Paralyse handle. Die Kranke zeigte reflectorische Pupillenstarre auf beiden Augen, war sehr verblödet, hatte paralytische Sprachstörung. — Im Zusammenhang mi diesen Symptomen konnte man die anamnestisch feststehende Lähmung beider Beine und des linken Armes als Folge eines paralytischen Anfalles auf fassen, nach welchem die Section oft keinen anatomisch greifbaren isolirten Herd neben der diffusen paralytischen Atrophie aufweist. Von der früheren Hemiplegie der linken Seite und Lähmung des rechten Beines war als Residuum im Wesentlichen nur eine Monoplegie des linken Armes geblieben, welche einige sonderbare Eigenthümlichkeiten zeigte. Arm- und Schultermuskulatur waren im spastischen Zustande. Der linke Arm stand etwas an den Brustkorb gepresst, der Unterarm im rechten Winkel zum Oberarm. Die Hand hatte eine Mittelstellung zwischen Pronation und Supination; das Auffallende bestand in der Stellung der Finger. Abgesehen von Daumen waren diese im Metacarpophalangeal-Gelenk bis zum rechten Winkel gebeugt, dagegen standen die vorderen beiden Phalangen gestreckt, so dass also jeder Finger als Ganzes gegen die Mittelhand gebeugt war, und zwar war der kleine Finger etwas mehr gebeugt als der nächste, dieser mehr als der folgende und so fort, so dass die vier in toto gebeugten Finger dachziegelförmig übereinanderlagen. Es handelte sich also nicht um die nach Hemiplegieen sonst auftretende Beugecontractur, was zu einer genaueren Analyse der Bewegungsstörung aufforderte.

Die proximale Phalanx der Finger wird bekanntlich durch den vom radialis versorgten Extensor digitorum communis gegen den Metacarpus gestreckt. Die Antagonisten, d. h. Beuger der proximalen Phal. gegen den

Metacarpus sind die vom ulnaris versorgten interossei. Hier spielt sich also der Antagonismus zwischen radialis und ulnaris ab. — Von den beiden distalen Phalangen, welche durch die vom ulnaris versorgten interossei gestreckt werden, wird die der proximalen Phalanx zunächst liegende (mittlere) durch den vom medianus versorgten flexor digitorum sublimis seu perforatus, die Endphalange durch den vom medianus und ulnaris versorgten flex. digit. profundus seu perforans gebeugt. — Es existirt also hier ein Antagonismus zwischen Interossei- und Flexorenwirkung, oder zwischen ulnaris- und medianus- (+ ulnaris-) Wirkung.

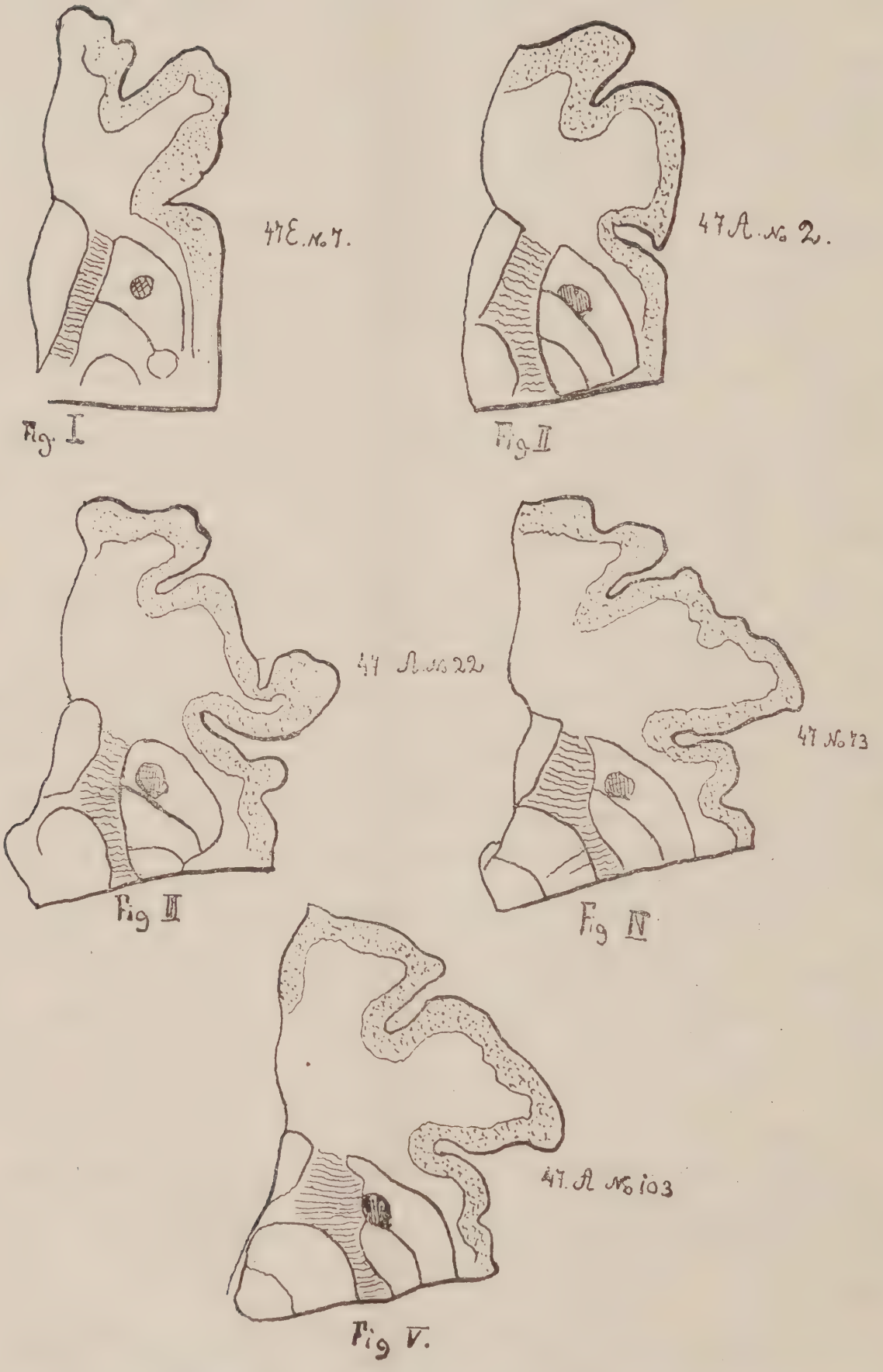
Zeichen einer stärkeren Störung dieses antagonistischen Verhältnisses (z. B. die bei Parese des flexor sublimis auftretende Subluxation der mittleren gegen die Grundphalange) sind nicht vorhanden. Immerhin beweist die Streckung aller Fingerphalangen, dass die Spannung der vom ulnaris innervirten interossei gegenüber derjenigen der flexoren der vorderen Phalangen ein plus enthält. Es handelt sich also einerseits um eine Störung der Innervation zu Ungunsten des radialis bezw. ein plus von Spannung im Ulnarisgebiet, zweitens um eine Störung im Verhältniss zwischen Interossei- und Flexorenwirkung zu Ungunsten der letzteren.

Der Daumen stand in allen Gelenken mässig gebeugt etwas eingeschlagen. Die Hand stand dabei etwas im Handgelenk gebeugt. Dabei waren alle Muskeln an Hand und Unterarm in Spannung.

Die Beugestellung der Hand zum Unterarm und die Beugung der proximalen Phalangen machte im Gegensatz zu der offenbar cerebralen Natur der Störung den auffallenden Eindruck einer isolirten Störung im Gebiet eines peripherischen Nerven, nämlich des radialis. Da die Parese für alle Muskelgebiete am Arm ziemlich gleich war, so konnte von einer isolirten Parese im Radialisgebiet nicht die Rede sein. Trotzdem war offenbar die Spannung im Radialisgebiet geringer als die im Ulnaris- und Medianusgebiet oder anders ausgedrückt: bei gleichgradiger Parese war der Spasmus im Ulnarisgebiet stärker als im Radialisgebiet und stärker als in dem combinirten Ulnaris- und Medianusgebiet der Flexoren. Es handelte sich also nicht um eine gewöhnliche Beugecontractur, wie sie nach Hemiplegieen öfter beobachtet wird, sondern um ein relativ verschiedenes Betroffensein von Muskelgruppen, welche durch ihre Zugehörigkeit zu bestimmten peripherischen Nerven characterisirbar sind, bei einer sicher cerebralen Lähmung.

Ausser einer leichten Ungeschicklichkeit mit dem linken Bein und einer Neigung, nach links zu fallen, zeigten sich am linken Bein keine Motilitätsstörungen. Kniephänomene normal. Der linke Facialis zeigte eine minimale Parese. Die Augenbewegungen waren frei. Zunge wich etwas nach links ab.

Am 21./4 91 erfolgte, nachdem die spastische Monoplegie des linken Armes $^5/_4$ Jahr ganz constant geblieben war, im paralytischen Anfall exitus letalis. Die vorher viel erörterte Frage, ob, abgesehen von den diffusen paralytischen Veränderungen, ein grob anatomisch nachweisbarer Herd vorhanden sei, wurde auf Grund der Section und der microscopischen Untersuchung (Weigert'sche Methode) in folgender Weise entschieden:



Ausser der diffusen Atrophie und starkem Hydrocephalus externus ist an der Oberfläche des Gehirns kein Herd zu erkennen. Bei sorgfältigster macroscopischer Durchmusterung zeigt sich im Gebiet der Centralwindungen kein Herd. Bei Anlegung von Frontalschnitten erschien eine kleine Stelle

im äusseren Glied des rechten Linsenkerns auf Erweichung verdächtig. Die Hemisphären wurden, in Frontalschnitte zerlegt, in Müller'scher Flüssigkeit gehärtet und die Serienschnitte nach Weigert gefärbt.

Ich werde zunächst aus den Serien die Präparate bezeichnen, aus deren Vergleichung die Lage des Herdes deutlich herausspringt und werde dann aus der Schnittdicke und der Aufeinanderfolge von Nummern die Ausdehnung desselben berechnen. Die erste Veränderung zeigt sich bei der Durchmusterung der Serien von vorn (bei 47 E Nr. 7, cfr. Fig I), also bei einem Schnitt, auf dem nucl. caudatus und die drei Glieder des Linsenkernes nebst Inselwindungen sichtbar sind. Der Herd ist rundlich ca. $2^1/_2$ mm im Durchmesser, liegt im äusseren Glied des Linsenkerns von der inneren Kapsel ca. 4 mm entfernt, von der Grenze des mittleren Gliedes des Linsenkernes ca. $2^1/_2$ mm entfernt.

Bei Präparat 47 A Nr. 2 (cfr. Fig. II) ist der nucl. caudatus im Querschnitt kleiner geworden und der Beginn des Thalam. ist sichtbar. Hier ist der Herd etwas grösser geworden, ca. 4 mm lang, $2^1/_2$ mm breit und steht dicht an der Grenze des mittleren Gliedes des Linsenkernes, ca. 2 mm entfernt von dem Theil der inneren Kapsel, welcher zwischen dem äusseren Glied des Linsenkerns und nucl. caudat. liegt.

Bei Präparat 47 A Nr. 22 (cfr. Fig. III) erscheint der Herd noch etwas näher bis auf ca. $1^1/_2$ mm an den inneren unteren Winkel des äusseren Linsenkerngliedes bezw. an die innere Kapsel herangerückt, ist noch ungefähr von der gleichen Ausdehnung wie bei 47 A Nr. 2.

Bei 47 A Nr. 73 (cfr. Fig. IV) ist der kleine Herd ganz dicht bis auf ca. 1 mm an die innere Kapsel im inneren unteren Winkel des äusseren Linsenkerngliedes herangerückt, welches an dieser Stelle einen Ausläufer von grauer Substanz nach dem corp. caudat. quer durch die Strahlung der inneren Kapsel schickt. Der Herd ist hier ca. $5^1/_2$ mm lang und $2^1/_2$ mm breit, mit der Längsaxe schief von unten aussen nach oben innen gestellt.

Bei 47 A Nr. 103 (cfr. Fig. V) liegt der wieder rundlich gewordene, ca. $3^1/_2$ mm im Durchmesser fassende Herd in diesem inneren Winkel direct an der hier sehr breiten inneren Kapsel. Die Einstrahlungen dieser in den Thalamus opticus kann man an dieser Stelle sehr gut erkennen. Das dritte innere Glied des Linsenkernes ist an dieser Stelle nicht mehr vorhanden. Eine Degeneration in der hier dem kleinen Herd dicht anliegenden inneren Kapsel ist nicht zu erkennen. Der Herd ist noch bis Präparat 47 A Nr. 110 zu verfolgen, wobei er der inneren Kapsel anliegt.

Bei 47 A 113 ist eine Veränderung der Substanz weder macroscopisch noch microscopisch mehr zu erkennen. Der Herd hat also eine Ausdehnung von E 7—E 1, A 1—A 110, d. h. also, da 47 E ausweislich in Serien von 1, 10, 20 mit Schnittdicke 5 μ, 47 A dagegen mit Schnittdicke 6 μ und lückenlos geschnitten ist: $(7 \times 10 \times 5) + (110 \times 6) = 350 + 660 = 1010\ \mu = 10{,}10$ mm $= 1{,}01$ cm. Es handelt sich also um relativ auffallend lange und schmale (10 zu 4 mm ad maximum) Erweichung im inneren unteren Winkel des äusseren Linsenkerngliedes, welche hinten (occipitalwärts) dicht an der äusseren Kapsel und am mittleren Linsenkernglied liegt, vorn (frontalwärts) sich von beiden um einige Millimeter in die Substanz des äusseren Linsenkerngliedes hinein entfernt.

Es musste nun noch genauer festgestellt werden, in welcher Ausdehnung der kleine Herd die innere Kapsel berührt. Dies ist ungefähr der Fall auf den 12 letzten Präparaten der Serie bis zum hinteren Ende des kleinen Herdes, also in einer Ausdehnung von ca. $12 \times 6 = 72\ \mu = 0{,}7$ mm. Der Herd berührt also nur in einer ganz minimalen Stelle die innere Kapsel.

Wie man sich aus dem Studium von Frontalschnitten überzeugen kann, wird diese Stelle der inneren Kapsel getroffen, wenn man ziemlich genau durch das vordere Ende des sulcus Rolando einen Frontalschnitt führt, welcher den gyr. centr. ant. ungefähr am unteren Ende des mittleren Drittels trifft. Die Uebereinstimmung dieser topographischen Thatsache mit den klinischen Erscheinungen müssen wir später noch erörtern.

Die innere Kapsel erscheint intact, während eine Anzahl von Fasern, welche aus der zerstörten Partie des Putamens durch das mittlere Glied nach dem Inneren zu strahlen, deutlich degenerirt sind. Schon im inneren Glied des Linsenkerns ist jedoch eine Degeneration nicht mehr wahrzunehmen.

Zur Beurtheilung der absteigenden Degeneration liegt 1. eine Serie durch Thalamus opticus und Hirnschenkelfuss am Uebergang in die innere Kapsel vor, genau dem Verlauf des tract. opt. entsprechend, so dass dieser in seiner ganzen Ausdehnung getroffen ist. (Serie 47 B Nr. 1—32, conservirt der 5. Schnitt, Schnittdicke 5 μ); — 2. eine Serie durch Vierhügel und Hirnschenkel, von denen allerdings die vorderen seitlichen Partien fehlen, weil sie mit zu dem in der ebenerwähnten Serie verwendeten Stück abgeschnitten worden sind, bis zur Mitte des Pons (47 C, Nr. 1—43, Schnittdicke 5 μ, conservirt der 10. Schnitt). 3. Eine Serie vom Beginn der Pyramidenkreuzung bis zur Mitte des Pons, an die voranstehende anschliessend (47 F Nr. 1—20, conservirt der 10. Schnitt, Dicke 5 μ). Es lässt sich bei der sorgfältigsten Durchmusterung dieser mit der Weigert'schen Methode gefärbten Präparate keine absteigende Degeneration entdecken.

Wir müssen nun an diesen Befund einige gehirnphysiologische Bemerkungen knüpfen. Das Characteristischste des vom gewöhnlichen Bild einer posthemiplegischen Contractur abweichenden klinischen Befundes lag in dem Uebergewicht des Spasmus im Ulnarisgebiet gegenüber dem Spasmus im Radialisgebiet, wodurch das Bild einer peripherischen Radialis-Parese vorgetäuscht wurde. Anatomisch zeigte sich ein kleiner Herd im äusseren Gliede des Linsenkernes, welcher nur ca. 1 mm lang die innere Kapsel berührte, ohne diese zu zerstören.

Es ist besonders im Hinblick auf die erwähnte Lage dieses Punktes desshalb wohl der Schluss berechtigt, dass an dieser Stelle dicht an dem oberen inneren Winkel des Putamens Fasern durch die innere Kapsel laufen, welche peripher sich wiederum in dem ulnaris zur Innervation der interossei zusammenfinden.

Das ist nun aber physiologisch eine sehr sonderbare Thatsache: es beziehen nämlich ulnaris, medianus und radialis ihre Fasern aus Rückenmarksnerven, welche aus ganz verschiedenen Rückenmarkshöhen entspringen, derart, dass sich die Fasern eines R. M.-Nerven im Plexus an ganz verschiedene peripherische Nerven vertheilen.

Der radialis bezieht seine Fasern aus dem VI. bis VIII. Cervicalnerven, der ulnaris wesentlich aus dem VIII. Cervical- und I. Dorsalnerven, der medianus aus

dem V. bis VIII. Cervicalnerven und I. Dorsalnerven. Der Plexus ist ja gewissermassen nur eine Rangiereinrichtung, durch welche die aus verschiedenen Rückenmarkshöhen entspringenden Fasern zu den peripherischen Nerven zusammengeordnet werden. Also die Zusammenordnung der Fasern, wie sie in den peripherischen Nerven vorliegt, ist beim Ursprung der Nervenfasern aus dem Rückenmark durchaus noch nicht vorhanden.

Wenn nun unser oben gemachter Schluss richtig ist, dass an der bezeichneten kleinen Stelle in der inneren Kapsel die Ulnarisfasern für die interossei verlaufen, derart, dass sich der stärkere Spasmus dieser Muskeln aus der Reizung dieser Stelle erklärt, — während die Radialisfasern und ferner die für die Flexoren bestimmten Fasern geringere Mitbetheiligung zeigen, weil sie an anderer Stelle der inneren Kapsel verlaufen, — so erhebt sich die allgemeine Frage: Giebt es im Cerebrum eine Wiederholung der peripheren Anordnung der Fasern? oder anders ausgedrückt: Finden sich, wenn man die Fasern cerebralwärts verfolgt, die einzelnen Fasern, welche die peripherischen Nerven ausmachen, nach der Zertheilung in den Plexus und nach dem Eintritt in ganz verschiedene Rückenmarkswurzeln im Gehirn wieder nach Analogie ihrer peripherischen Anordnung zusammen? Ist das der Fall, wofür sich vielleicht noch eine Reihe anderer Beobachtungen anführen lassen, so fällt ein Licht auf das Verhältniss von cerebralen und peripherischen Bewegungsapparaten und die plexus erscheinen als die Schaltapprate,a in denen die im Rückenmark vorgenommene anderweitig bedingte Vertheilung der motorischen Fasern wieder aufgehoben wird. Vorläufig soll diese Frage im Hinblick auf den vorliegenden Fall nur zur Discussion gestellt werden.

In der zerstreuten Litteratur über diesen Gegenstand ist mir besonders eine Stelle in dem Lehrbuch von Gowers (deutsch von Grube, I. Bd., pg. 84) aufgefallen. Gowers sagt über den nervus radialis: „Er ist also der „Extensor-Nerv“ des Armes und steht zu einer einzelnen Function in vollkommenerer Beziehung als sonst die Nerven der Extremitäten; es ist dies eine Thatsache, die zu diagnostischen Irrthümern Veranlassung gegeben hat, dass man nämlich bei einer functionellen Lähmung an eine Centralerkrankung dachte“. Im Zusammenhang ist hier das Wort „functionelle Lähmung“ nicht der Gegensatz zu „organisch“ bedingte Lähmung, sondern bedeutet: Lähmung, welche functionell zusammengehörige Muskelgruppen betrifft. — G. will also hier, wenn ich die Stelle richtig verstehe, ebenfalls sagen, dass ein peripherischer Nerv, nämlich der radialis, sich dadurch auszeichnet, dass die verschiedenen ihn zusammensetzenden Nervenfasern auch für die cerebrale Innervation zusammengehören, was seinen anatomischen Ausdruck ebenfalls vielleicht in einer anatomischen Zusammenlagerung der Radialisfasern in dem subcorticalen Gebiet haben könnte. — Jedenfalls ist hier ein Gesichtspunkt gewonnen, von dem aus sich eine sorgfältige Prüfung einzelner Fälle lohnt.

Ferner muss nun die Thatsache hervorgehoben werden, dass nach einer ca. $1^3/_4$ Jahr constant gebliebenen Monoplegie des linken Armes sich zwar in nächster Nachbarschaft der inneren Kapsel ein kleiner Herd vorfindet, dass aber jede pathologisch-anatomisch nachweisbare Schädigung der motorischen Fasern in der inneren Kapsel nebst absteigender Degeneration

fehlt. — Allerdings kann hier der Einwand gemacht werden, der oft gegen die scheinbare Abwesenheit von anatomisch greifbaren Veränderungen vorgebracht wird, dass nämlich möglicher Weise doch Veränderungen da sind und diese nur mit der angewandten Methode nicht nachgewiesen werden können. Bei der grossen Brauchbarkeit der Weigert'schen Methode zum Nachweis absteigender Degenerationen halte ich jedoch diesen Einwand nicht für stichhaltig, sondern schliesse vorläufig, dass hier $1^3/_4$ Jahre lang eine ganz constant bleibende spastische Lähmung des linken Armes vorgelegen hat, ohne dass die motorische Bahn selbst erkrankt ist.

Es fragt sich also im Hinblick auf den vorliegenden Fall, ob durch den „Reiz" von Seiten des die motorische Bahn berührenden Herdes längere Zeit hindurch gleichbleibende Lähmungen zu Stande kommen können. Diese früher schon bei anderer Gelegenheit in anderer Form viel discutirte Frage scheint mir eine genauere Kritik des Wortes „Reiz" zu verlangen. Dieser Begriff ist eigentlich eine Uebertragung aus dem Psychologischen in's Physikalische und sollte lieber ganz vermieden werden. Am besten ist es, ihn durch Ausdrücke zu ersetzen, welche im Rahmen der rein physikalischen Vorstellungen bleiben. Die Frage, ob es constant wirkende Reize im Organismus giebt, welche längere Zeit gleichbleibende motorische Zustände (Spasmen) bewirken, läuft darauf hinaus, ob es constante Quellen von Bewegung darin giebt, welche bei ihrer Einwirkung auf motorische Apparate gleichbleibende continuirende Wirkung zu Stande bringen. Die Frage, ob ein die innere Kapsel berührender Herd einen constanten Reiz ausüben kann, läuft also darauf hinaus, zu entscheiden, ob ein solcher „Herd" eine constante Quelle von Bewegung ist, welche continuirliche Wirkungen auf die unmittelbar anliegende motorische Bahn ausübt. Wenn man sich „Reiz" nach Analogie von menschlichen Willens- und Gefühlszuständen denkt, so kann man sich das monatelange Gleichbleiben desselben durchaus nicht vorstellen, wohl aber kann man sich denken, dass ein den normalen Functionen entzogener mitten in der Hirnsubstanz liegender Erweichungsherd eine constante chemische Quelle von Bewegungsein kann.

Es ist also vielleicht eine falsche Vorstellungsart, wenn man sich einen solchen Erweichungsherd gewissermassen rein als Negation der vorher an diese Gehirnpartie geknüpften Function denkt. Der vorliegende Fall in Verbindung mit einer Reihe anderer Beobachtungen würde im Gegentheil dafür sprechen, dass solche Erweichungsherde selbst bei geringer Ausdehnung im cerebralen Mechanismus eine sehr starke Wirkung auf benachbarte Apparate entfalten können. Dass solche Wirkungen nicht immer äusserlich gewissermassen in macroscopischen motorischen Reactionen sichtbar sein brauchen, ist für Jeden, der die Thatsachen der Localisation unbefangen in Betracht zieht, selbstverständlich. Für die Aufhellung dieser Fragen scheinen mir Beobachtungen über die ganz sonderbaren Formen von spastischer Lähmung, wie sie bei Porencephalen vorkommen, die von den gewöhnlichen Contracturen nach Hemiplegien oft völlig abweichen, von besonderer Wichtigkeit zu sein. Voraussetzung zu ihrer Lösung ist die bis in's einzelne gehende Analyse der klinisch beobachteten Form der spastischen Lähmung und genaueste Bestimmung von Sitz und Ausdehnung der

cerebralen Läsion. — Jedenfalls scheint mir der vorliegende Fall im Gegensatz zu der anfangs gemachten Voraussetzung, wonach kleine Erweichungsherde am besten geeignet für das Studium der directen Herdsymptome seien, zu beweisen, dass auch solche Herde sehr starke Wirkungen auf benachbarte motorische Apparate enthalten können. Hierdurch wird die theoretische Verwerthung der empirisch gefundennn Localisationsthatsachen noch mehr erschwert, weil sich möglicherweise auch noch eine Reihe von scheinbar „directen" Herdsymptomen auf „Fernwirkung" zurückführen lassen wird.

II. Original-Vereins-Berichte.

Jahresversammlung des Vereins deutscher Irrenärzte zu Frankfurt a. M. am 25. und 26. Mai 1893.

(Fortsetzung u. Schluss)

Am 26. Mai Vormittags 9 Uhr Sitzung im Senckenberg'schen Institut.

Vorträge: **Die zweckmässigste Art der Gehirnsection.**

Ref. **Siemerling** giebt zunächst eine kurze Geschichte der Methoden der Gehirnsection und hebt dabei besonders die schon von Galen angegebenen Horizontalschnitte hervor. Seit Jahrzehnten ist in Deutschland mit geringen Ausnahmen die Virchow'sche Methode herrschend. Meynert erfand in dem Bestreben, die zusammengehörenden Theile des Gehirns besonders zu erhalten, vor Allem zu dem wissenschaftlich wichtigen Zweck der Wägung, eine Methode mit Trennung von Hirnstamm, Hirnmantel und Kleinhirn. Griesinger schlug vor, durch einen Frontalschnitt von einem Ohr zum andern durch Schädel und Gehirn eine gleichzeitige Uebersicht über die Verhältnisse beider Hemisphären zu gewinnen. Byron Bramwell verwendete ebenfalls in systematischer Weise Frontalschnitte, nachdem er das Gehirn durch Injection mit Müller'scher Flüssigkeit präparirt hatte.

Zwei Gesichtspunkte sind in den Vordergrund zu stellen: 1. Sitz und Ausdehnung der Läsion bedingt die Schnittführung, diese muss auf die eventuelle vermuthete Localisation individualisirend Rücksicht nehmen. 2. Die Nothwendigkeit microscopischer Untersuchung ist bei jeder Sectionsmethode im Auge zu behalten. Die Individualität des Falls muss also die Sectionsmethode bestimmen. Dieser Gesichtspunkt ist schon von Virchow betont worden; dessen Sectionsmethode steht jedoch im Widerspruch mit dem Erforderniss einer genaueren Localisation und einer systematischen genauen microscopischen Untersuchung. Es lässt sich überhaupt eigentlich gar keine schematische Regel aufstellen; diejenige Methode ist die beste, welche bei völligem Einblick in die macroscopischen Verhältnisse bei der Section weitere microscopische Untersuchung gestattet. Am besten ist es in den meisten Fällen Frontalschnitte in specieller Rücksicht auf die Localisation der Erkrankung anzulegen und diese eventuell mit Horizontal- und Sagittalschnitten zu combiniren.

Discussion: Weigert kritisirt noch weiter die Virchow'sche Methode. Von vornherein sind nur Methoden zu verwenden, welche beson-

ders die Zustände der Hirnrinde klarlegen. W. will die Centralwindungen stets genau untersucht wissen, was nicht durch Frontalschnitte geschehen kann, sondern durch Horizontalschnitte, welche die Axe der Centralwindungen ganz oder fast rechtwinklig treffen. W. empfiehlt die Methode, welche er ein Mittelding zwischen der Virchow'- und Meynert'schen Methode nennt. Zuerst kommt ein Schnitt an der Seite des Balkens, wie bei der Virchow'schen, dann geht's längs des Fornix in's Unterhorn. Dadurch wird ein Einblick in die Verhältnisse des Ventrikels möglich. Dann werden die grossen Ganglien umschnitten; damit ist, wie bei Meynert, Hirnstamm und Hirnmantel getrennt. Nun beginnen von vorn Frontalschnitte, welche an den Centralwindungen durch Horizontalschnitte ersetzt werden. Die Schläfenwindungen werden wieder durch frontale Schnitte zerlegt. Es bleibt also hierbei die Insel mit den grossen Ganglien zusammen. Auch Weigert betont die Bedeutung des Individualisirens im einzelnen Falle.

Fürstner: Das Schlimmste an der Virchow'schen Methode ist die Unmöglichkeit, hinterher nach Härtung die ursprüngliche Configuration wieder herzustellen und sich zurecht zu finden. Trotz der Betonung des Individualisirens verlangt Fürstner ein etwas festeres Schema und empfiehlt Frontalschnitte an ganz bestimmten Stellen. Er will Kleinhirn und Pons trennen, dann Frontalschnitte anlegen 1. am Ende des Stirnhirns, 2. hinter den Centralwindungen, 3. durch das Occipitalhirn. Die Centralwindungen können dann nach dem Vorschlag von Weigert in Horizontalschnitte zerlegt werden.

Weigert sagt, dass seine Methode die spätere Orientirung über die Topographie der Windungen nicht stört, da eigentlich Alles in Zusammenhang bleibt.

Moeli spricht im Princip für Frontalschnitte. Auch die Ventrikel werden dadurch sehr gut sichtbar. Er meint, dass die Frontalschnitte besonders die relativen Grössenverhältnisse der Hemisphären, z. B. bei Tumoren, gut hervortreten lassen.

Tuczek weist besonders auf die Flechsig'sche Methode hin, welche sehr gute Uebersichtsbilder giebt, allerdings die spätere Durchforschung durch die Schwierigkeit der Orientirung etwas stört.

Corref. **Edinger** giebt einige Ergänzungen, verlangt z. B., dass die Pia mater nicht abgezogen werde, weil dadurch die Diagnose der Rindenzustände in Frage gestellt würde, warnt vor dem Abspülen mit Wasser, wodurch Artefacte entstehen, weist dabei auf das Buch von Ira v. Gieson hin, welcher artificiell scheinbar pathologische Zustände hervorgebracht hat. Ferner empfiehlt Ed., vor der Zerlegung eine Zeichnung der Oberfläche anzulegen oder den Befund in die Exner'schen Tafeln einzutragen. Entsprechend will Ed. die frischen Schnitte photographiren und dann die weiteren Details und Befunde eintragen. In Bezug auf Conservirung ganzer Gehirne giebt Ed. eine Demonstration über die verschiedenen Methoden und geht dann besonders ein auf die Nothwendigkeit richtiger Bezeichnung der eingelegten Stücke. Am besten ist es, einfach Etiquetten anzuhängen mit genauester Bezeichnung des vorliegenden Theiles. Ed. spricht sich nun principiell gegen die Anwendung der Müller'schen Flüssigkeit zur Conservirung von Präparaten aus, bei denen es auf Untersuchung von Zell-

structuren ankommt. Was die Grösse der Schnitte betrifft, so liegt in der Verbesserung der Einbettungsmethode, nicht in der Vergrösserung der Microtome das Heil.

Edinger geht nun weiter auf die Frage ein, wie soll man härten? welche Anforderungen sind an eine Färbemethode zu stellen?

1. Das Präparat muss an allen Stellen gleichmässig gut gefärbt sein. Desshalb sind z. B. die Golgi'sche Methode und einzelne Anilinfärbungen zu verwerfen für die Zwecke der Pathologie.

2. Es dürfen nur die zu färben beabsichtigten Elemente gefärbt werden. Dieser Vorwurf trifft unter anderen auch die Carminfärbung, sowie manche Anilinfärbungen. Differenzirungen bloss durch Nuancen sind nach Ed. nicht zu brauchen. Vorzüglich brauchbar ist nur die Weigert'sche Markscheidenfärbung und die Nissl'sche Zellfärbungsmethode mit Anilinfarben nach bestimmter Präparation.

Wie soll man die Präparate wiedergeben?

Microphotographie leistet nach Ed. im Allgemeinen wenig. Die Lichtpausen sind zur Wiedergabe einfacher topographischer Verhältnisse brauchbar. Am besten ist Zeichnung mit schwacher Vergrösserung nach einer Projection.

Hieran schliesst sich sofort auf Antrag von Mendel der Vortrag von **Nissl**-Frankfurt a. M.: **Mittheilungen zur normalen und pathologischen Anatomie der Nervenzelle.**

Nissl wendet sich ganz principiell gegen die Theorie von Flesch über die Function der Nervenzellen. Diese gründet sich auf das Verhalten der Nervenzellen zu Farbstoffen, indem die einen als chromophil, die andern als chromophob bezeichnet werden müssen. Dieses Verhalten hängt nach Flesch mit der Function zusammen, indem es bestimmte Zahlenverhältnisse zwischen diesen Zellarten in den Spinalganglien, im Ganglion Gasseri und in der Medulla oblongata giebt. Der Schluss aus diesen Thatsachen auf Verschiedenheit der Function ist jedoch nicht berechtigt. N. warnt vor der Uebertragung von wenigen Beobachtungen aus dem Gebiet des peripherischen Nervensystems in das des centralen und erklärt diesen Schluss in Verbindung mit der Mangelhaftigkeit der Präparationsmethoden (Müller'sche Flüssigkeit) als den Grund dafür, dass wir noch nicht weiter in der feineren Anatomie und Physiologie der Zellen sind. — „Nervenzelle" ist ein Sammelbegriff für Zellen, die völlig verschieden sind. N. demonstrirt als Beleg eine Reihe von Zellformen aus den Spinalganglien und Vorderhörnern etc. und die verschiedenen Tinctionsgrade derselben Zellform. N. findet in der Construction der Zelle die significante Aeusserung ihrer Function, nicht in ihrer Tinctionsfähigkeit. Manche Zellen imprägniren sich nach der Reizung mit dem faradischen Strom stark an Stellen, wo sonst nur wenige tinctionsfähige Zellen sind. Der verschiedene Tinctionsgrad hängt nach Nissl zusammen 1. mit der morphologischen Construction, 2. mit dem individuellen Zustand einer Zelle innerhalb gleich construirter Gruppen von Zellen. Innerhalb einer Function können sich Zellen verschiedener physiologischer Zustände befinden, welche in der verschiedenen Tinctionsfähigkeit zum Ausdruck kommen. Nun ist eine Minorität von stets stark gefärbten Zellen vorhanden. Die hohe Tinctibilität dieser Zellen bleibt selbst nach

Einwirkung einer Menge Substanzen bestehen, welche dieselbe sonst erfahrungsgemäss herabsetzen. Auch morphologisch sind diese Zellen verschieden: die Fortsätze haben Schlängelungen und sind korkzieherartig gewunden. Trotzdem sind sie keine specielle, gesonderte morphologische Gruppe, sie kommen innerhalb jeder Zellform vor. Sie finden sich auch bei Methoden, welche die Form der Zelle fixiren.

N. schliesst aus seinen Beobachtungen mit aller Reserve, dass es auch im normalen Centralnervensystem Zellen giebt, welche ihrer Form und ihrem Verhalten gegen die Färbungen nach functionsunfähig bleiben oder functionsunfähig werden.

Tuczek führt mit Bezug auf den Vortrag von Edinger ein Beispiel aus seiner Erfahrung an, wie durch Conservirungsfehler Kunstproducte entstehen.

Roller: Ueber relativ-isolirte psychische und motorische Krankheitsvorgänge beim einfachen Irresein.

Roller geht auf eine Reihe von Fällen ein, in denen zwischen dem psychischen Zustande und dem motorischen Verhalten der Kranken ein zunächst unbegreiflicher Widerspruch besteht. Eine 65jährige, schwer melancholische Frau zeigt mitten in ihrer ängstlichen Erregung öfter mimisch eine heitere Exaltation, wird durch Lachen am Sprechen verhindert. Entsprechend muss eine von ängstlichen Gefühlen und Verkleinerungsideen beherrschte Frau öfter lachen, während der Inhalt ihrer Worte den traurigen Gemüthszustand richtig ausdrückt. Roller setzt diese Beobachtungen zunächst in Beziehung zu dem in der Normalpsychologie bekannten „Lachen der Verzweiflung“ und verneint jeden Zusammenhang des Phänomens hiermit. Dem mimischen Ausdruck nach handelt es sich in jenen Fällen um ein durchaus heiteres Lachen, während der Gemüthszustand sich in keiner Weise hineinmischt. Ferner erwähnt Roller Fälle, wo aufgeregte, dem Arzte drohende Kranke ihm gewohnheitsmässig ruhig die Hand reichen, und wo Kranke mit weitgehenden Wahnideen ruhig arbeiten. Sodann führt Roller Fälle an, in denen der Kranken das Missverhalten zwischen Stimmung und Aeusserung zum Bewusstsein kommt. Ein Theil von diesen Zuständen nähert sich den Zwangserscheinungen, Roller will jedoch dafür lieber den Ausdruck Alienation einsetzen. Roller führt nun weiter Fälle an, die auf Zwangsvorstellungen zurückzuführen sind, welche sich bei dem Kranken in früher Jugend gelegentlich festgesetzt haben. Ein 35jähriger Mann mit melancholischer Verstimmung berichtet, als 10jähriger Junge habe er einen Stein über das Wasser geworfen, da sei ihm plötzlich der Gedanke gekommen: „Wenn der Stein sinkt, so bist Du verloren.“ — Eine jetzt 20jährige Näherin fühlte in ihrem 14. Jahre bei einem Gewitter den Zwang zu fluchen. Seitdem besteht derselbe mit dem Gedanken, dass sie verdammt sei.

Schliesslich führt Roller Fälle an, in denen gar keine Beziehung zwischen den Vorstellungskreisen und den sonderbaren motorischen Aeusserungen der Kranken zu finden ist. Roller weist am Schluss darauf hin, dass wir mit der psychologisirenden Betrachtungsweise für diese Erscheinungen keine Erklärung finden. Der negative Befund in psychologischer Beziehung drängt uns auf eine mehanische Auffassung solcher Zustände und

der Psychosen im Allgemeinen hin, wobei wir auch dem Richter gegenüber einen festeren Boden für Begutachtung der Seelenzustände gewinnen würden.

Siemens: Die mitgetheilten Fälle scheinen heterogene Zustände zusammenzubringen. Das Zwangslachen und die Fügsamkeit der Grössenwahnsinnigen können nicht unter eine physiologische Categorie gebracht werden. Siemens theilt dann einen an sich selbst beobachteten Fall von Intoxication mit, in dem er solche Zwangszustände an sich selbst beobachten konnte. Siemens, welcher öfter alte und neuere Arzneistoffe an sich selbst probirt hat, nahm eine starke Dosis Balsam. Cannab. indic. Denzel. Nach Aufnahme des Stoffes um 5 Uhr bekam er um 6 Uhr Rauschgefühl, Vergiftungserscheinungen mit theilweiser Klarheit. Sah lange feurige Linien, hörte Spinnräder klopfen. Dann bekam er plötzlich zwangmässiges Lachen, musste Trippelbewegungen mit den Füssen machen. Dann bekam er ca. $^1/_2$ Stunde lang Verfolgungsideen, glaubte, sein Assistent, der ihn bewachte, wolle Experimente mit ihm vornehmen; er schimpfte über seine Frau etc. Dabei hatte er aber immer die Empfindung eines abnormen Zustandes. Zum Schluss empfiehlt Siemens den jüngeren Collegen mit festem Nervensystem, gelegentlich Experimente mit Arzneistoffen an sich zu machen.

Sommer wendet sich gegen die von Roller am Schluss seines Vortrages ausgesprochenen Sätze und kritisirt den Begriff der mechanischen Auffassung der Psychosen. Die psychologisirende Betrachtung muss erst durch wirkliche psychologische Analyse, durch Auflösung der complicirten Befunde in die einzelnen Componenten und kritische Untersuchung ihres Zusammenhanges ersetzt werden. Man soll nicht aus der Psychologie in die Mechanik fallen, so lange in der Psychiatrie erst die Anfänge psychologischer Analyse da sind und andererseits die Gehirnmechanik noch ganz hypothetisch und voll von zweifelhaften Constructionen ist. Viel aussichtsvoller ist das unbefangene und hypothesenfreie Weitergehen in der feineren Anatomie, besonders der Hirnrinde, wo es darauf ankommt, die Elemente in der Form zu erhalten, wie sie den Zuständen ante exitum letalem am meisten entsprechen. Die mechanische Auffassung liegt also erstens im Allgemeinen noch in weiter Ferne, zweitens ist eine einheitliche mechanische Auffassung einer Reihe von so verschiedenen Zuständen, wie in den von Roller mitgetheilten Fällen selbst hypothetisch kaum denkbar.

Jolly bezieht sich auf Siemens' Anregung zu Versuchen mit Medicamenten am eigenen Körper und empfiehlt, diese mässig und mit Vorsicht anzustellen.

Roller bemerkt in Bezug auf Sommer, dass er keine mechanische Erklärung der von ihm hervorgehobenen Phänomene habe geben wollen, sondern dass er nur auf die Wichtigkeit der mechanischen Betrachtungsweise habe hinweisen wollen.

Sioli: Beiträge zur Genese der conträren Sexual-Empfindung.

Sioli schickt seinem speciellen Thema einige allgemein-pathologische Bemerkungen voraus. Die Krankheit kann nur in einem Defect bestehen. Diesen Gedanken verbindet nun Sioli mit der Lehre von den Associationsfasern, welche einen integrirenden Bestandtheil der Localisationstheorie

bildet. Sioli leitet aus Schwächung des Associationsmechanismus eine Reihe von Störungen ab. Sollier hat die Idioten extrasocial, die Imbecillen antisocial genannt, ohne eine physiologische Deutung zu geben. Der Idiot hat nach Sioli ein wohlfunctionirendes Associationssystem bei Mangel an Erinnerungsbildern. Bei den Imbecillen verhalten sich diese beiden psycho-physischen Componenten umgekehrt. Entsprechend erklärt Sioli eine Reihe von anderen Krankheitsbildern: Moral insanity, Hysterie, auch die traumatische Neurose, welche als acquirirte Schwäche der Associationsbahnen aufgefasst wird. Nun wendet Sioli die Lehre von den Associationsfasern auf die Entstehung der conträren Sexual-Empfindungen an. Zunächst entsteht die Onanie, indem die Organempfindungen wegen Schwächung des Associationssystems frühzeitig in's Bewusstsein treten. Sodann wird die Vorstellung des eigenen, bezw. homosexualen Körpers mit dem Wolllustgefühl associativ verbunden. So entstehen allmählich sexuelle Perversitäten. Das Vorherrschen bestimmter sexueller Vorstellungen erklärt sich aus der Schwächung der associativen Denkthätigkeit.

Mendel präcisirt kurz seinen Standpunkt in der Lehre von der Moral insanity und traumatischen Neurose. Wendet sich dann gegen die dogmatische Anwendung der Begriffe „Erinnerungsbilder“ und „Associationsfasern“ zur Scheinerklärung von Krankheitsbildern. Den Hauptgrund der sexuellen Perversitäten findet Mendel in dem Lesen von Büchern, welche von wissenschaftlicher Seite über diese Dinge in's grosse Publikum gebracht werden. Mendel erhebt im Interesse des Ansehens der Psychiater bei den practischen Aerzten und im Publikum Einspruch gegen Verwendung psychosexueller Krankengeschichten als Marktwaare. Diese Litteratur gehört in die wissenschaftlichen Archive, aber nicht auf den Markt. Mendel theilt hiezu einen Fall mit, in dem bloss durch die Lectüre dieser Bücher die sexuelle Perversität entstanden war.

Wildermuth: Eine scharfe Trennung von Moral insanity und Idiotie ist unmöglich. In den meisten Fällen von Idiotie ist Moral insanity vorhanden. Ebenso giebt es keine principielle Trennung von Idiotie und Imbecillität. Die Idioten und Imbecillen zeigen in Bezug auf Associationsvorgänge keinen gleichbleibenden Typus. Die Hysterie kann ebenfalls nicht als Krankheit des Associationsmechanismus aufgefasst werden. Die von Wildermuth beobachteten Fälle von sexueller Perversität stimmen nicht zu der Annahme, dass dieselbe sich auf Grund von Onanie entwickelt habe.

Hecker theilt 2 Fälle mit, in denen sich die Anlässe zu den perversen sexuellen Handlungen in bestimmten Erlebnissen des Kindesalters nachweisen liessen.

Damit war die Tagesordnung erledigt; es folgte nun die Wahl des Vorstandes, der von 5 auf 7 Mitglieder erhöht wurde. Wiedergewählt wurden die zwei ausscheidenden Mitglieder Jolly-Berlin und Pelman-Bonn, neugewählt wurden Zinn sen.-Eberswalde und Ludwig-Heppenheim; sämmtliche Wahlen erfolgten einstimmig.

Sommer-Würzburg.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde.

(Sitzung vom 8. Mai 1893.)

Vor der Tagesordnung stellt Herr Schreier zwei Fälle von Schussverletzung vor. In beiden Fällen handelt es sich um eine Verletzung des trigeminus.

Erster Fall: Verletzung am äusseren rechten Augenwinkel. Nach der Verletzung war das Bewusstsein erhalten. Es bestand Anästhesie der Haut in der Umgebung des Auges und Pupillenstarre, vollkommene Lähmung im Gebiet des trigeminus, Anästhesie der Schleimhaut des Mundes an der rechten Seite; die Schleimhaut der Zunge war gefühl- und geschmacklos. Es entwickelten sich nach 16 Tagen ein Cornealgeschwür und mehrere andere Geschwüre im Mund und in der Nase. Nach zwei Monaten wurde Patient geheilt entlassen.

Zweiter Fall: Sturz vom Gerüst. Lähmung im Gebiet des facialis und trigeminus. In diesem keine trophischen Störungen. Im Gebiet des facialis blieb eine Contractur zurück.

In der Discussion erwähnt Goldscheider, dass die Geschmacksstörungen im Gebiet des glossopharyngeus zu suchen sein dürften.

Jolly fragt, ob Entartungsreaction bestand. Vortr. verneint dies.

Dann hält Leyden seinen Vortrag: Neuritis und acute Paralyse nach Influenza. Unter den vielen Nachkrankkeiten der Influenza seien auch mannigfaltige Nervenkrankheiten vorgekommen. Vortr. berichtet genauer über einen Fall von Neuritis und einen Fall von acuter aufsteigender Paralyse.

Erster Fall ging in Heilung über. Der zweite nahm einen letalen Ausgang.

Im ersten Fall handelt es sich um eine 46jährige Patientin. Im Verlaufe der Krankheit traten Lähmung im Gebiet des rechten facialis, dann Oedeme der Arme, Beine und des Rückens, Schmerzen an der rechten Seite des Halses, Kopfschmerzen, Druckempfindlichkeit über dem rechten Schlüsselbein und am Oberarm auf. Die Diagnose wurde auf Nephritis und multiple Neuritis gestellt.

Im zweiten Fall handelte es sich um eine ascendirende Lähmung. Die Krankheit verlief unter dem Bilde der Landry'schen Paralyse. Es trat zeitweise Fieber auf. Es stellten sich eine geringe motorische Schwäche, Kribbeln in den Fingern, Erbrechen, Lähmung der Extremitäten, Stimmverlust, starke Schweissabsonderung, Parästhesien, Abnormitäten bei der electrischen Untersuchung und Nystagmus ein. An den Nerven fand man Veränderungen, die der Neuritis entsprechen: Quellung der Axencylinder und der Nervenfasern; am stärksten war die Veränderung im unteren Brusttheil und nahm nach unten hin zu. Hauptsächlich waren betheiligt die Seitenstränge, weniger die Vorderstränge; die Hinterstränge blieben frei. In der grauen Substanz waren die Ganglienzellen vergrössert, es fanden sich vereinzelte Vacuolen.

In der Discussion erwähnt Remak, dass er schon im Jahre 1890 einen Fall von Polyneuritis nach Influenza beschrieben habe. In dem betreffenden Falle fehlte anfangs das Kniephänomen und kehrte später wieder.

Senator meint, dass die Landry'sche Paralyse nach Influenza seltener sei. Auch hämorrhagische Entzündungen nach Influenza könnten im Gebiet des Nervensystems, speciell in Rückenmark und Gehirn vorkommen und derartige Erscheinungen hervorrufen. Rust-Dalldorf.

Psychiatrischer Verein zu Berlin.

Sitzung vom Mittwoch den 15. März 1892.

Näcke-Hubertusburg: 1. Ueber Missbrauch der Localisationstheorie in Psychiatrie und Anthropologie.

Redner versetzt die Zuhörer zunächst in die Aera der Phrenologie, definirt den Begriff dieser Lehre und stellt ihr den heutigen Begriff der Localisationslehre gegenüber. Man sucht jetzt nicht mehr Eigenschaften oder psychologische Categorien, wie Verstand, Gefühl etc. zu localisiren, sondern nur elementare psychische Vorgänge. Vieles darin ist schon erreicht, manches noch zu eruiren. Meynert, Munck und Andere verwerfen eine speciell motorische Zone der Hirnrinde, da letztere nur sensorische Functionen habe. Es werden dann aus der Litteratur, zunächst der deutschen, Beispiele von phrenologisirenden Meinungen gegeben und besonders mit Munck, Meynert etc. die weitverbreitete Ansicht bekämpft, dass die Intelligenz im Stirnhirn sei. Sie baut sich vielmehr aus den Sinneseindrücken und abgelagerten „Gedächtnissbildern" der ganzen Grosshirnrinde auf, durch Associationen. Fällt ein Stück der Rinde aus, so muss natürlich auch der Intellect leiden. Alle Argumente für das Stirnhirn allein sind hinfällig. — Es werden weiter einige irrige Ansichten Ferrier's, Tayler's, Lombroso's, Colella's, besonders aber Mantegazza's angeführt und des Weiteren näher auf die Franzosen eingegangen. Die Schulen von Paris und Lyon leiden noch sehr unter den Ansichten Aug. Comte's, der von Gall stark beeinflusst war. So sprechen z. B. Dubuisson und Féré von „centres moraux esthétiques artistiques" (im Vorderhirn) und „centres génitaux" (im Hinterhirn) und Lacassagne theilt alle, Verbrecher oder nicht, ein in frontaux, pariétaux und occipitaux ein, da jeder „intellectuell, instinctiv oder activ" sei, entsprechend den Sitzen dieser Eigenschaften im Vorder-, Hinter- oder Seitenhirn. Aehnlich sprechen auch Anthropologen, wie Manouvrier, Burdier etc. Magnan theilt wiederum seine „dégénérés" (alle Verbrecher gehören nach ihm dahin!) in spinaux, cérébraux antérieurs, cérébraux postérieurs ein, führt dies weiter bei den sexuellen Perversitäten aus.

Redner beleuchtet scharf das Einseitige, Irrige, Schematische aller dieser Aufstellungen und schliesst mit dem Wunsche, dass Alles, was direct oder indirect an die alte Lehre der Phrenologie erinnere, baldmöglichst gründlich beseitigt werde und dass ein redliches „ignoramus" besser sei als phantastische Hirngespinnste, die schwache Gemüther erheben, wissenschaftlich denkende aber abstossen müssen.

2. Raritäten aus der Irrenanstalt.

Zunächst bespricht Redner die seltenen Fälle von Geburten in der Irrenanstalt und den noch wenig bekannten Einfluss von Schwan ger-

schaft, Entbindung und Wochenbett auf eine schon vorher bestehende chron. Psychose. 5 Fälle werden besprochen (3 Paranoia, 1 Paralyse, 1 sec. Schwachsinn), von denen 2 Entbindungen während einer Beurlaubung stattfanden. Besagte physiologische Vorgänge waren ohne jeden Einfluss auf die Psychose. Dies für die Prognose wichtig. Gefahr fürdas Kind ist vom Stillen nicht da, wenn die Milch sonst gut ist, wohl aber eventuell seitens der Mutter, da in einem Falle die Mutter den Kopf des Kindes zu zerdrücken suchte. Beurlaubung chron. Fälle bei Verwandten ist ziemlich gefahrlos, nicht aber in der Familie, wo Conception nur zu leicht erfolgt. — Zweitens wird ein klassischer Fall von folie à deux skizzirt. 2 Schwestern leiden an Verfolgungs- und Grössenwahn. Der Mechanismus ist der bekannte; Ausgangspunkt wahrscheinlich von der geistig hochstehenden ältesten Schwester: folie imposée, dann communiquée. Grössenwahn reicht weit zurück. Interessant hier die lange Juxt. apposition von Beachtungs-, Verfolgungs- und Grössenwahn. Der Kern des Wahns ist stets derselbe geblieben.

3. Fall von Catatonia alternans. Bei einer chronisch Verwirrten deutliche Symptome der Catatonie erst nach langem Bestande. Stupuröse Phase (ca. 19 Stunden) und dann erregte (ca. 25 St.) Die Erscheinungen des Mutacismus, Muskelstarre, Sitophobie, Verbigeration etc. werden versucht, auf vasomotor. Einfluss zurückzuführen, die Catatonie selbst aber als selbsständige Form nicht anerkannt. Die einzelnen Symptome werden erklärt. — 4. Zwei Fälle von Doppelsprache. 2 Verrückte (eine davon ganz verwirrt) sprechen in zwei Stimmlagen (eine lacht sogar so). Inhalt nie Frage und Antwort, sondern mehr Bestätigen des Gesagten. Im 2. Falle sicher erst Spaltung der Person dagewesen, aber jetzt Zwang, scheinbar oft Automatismus. Im 1. jetzt nur Zwang, eventuell Automatismus, früher aber wahrscheinlich auch Spaltung dagewesen. Versuch, das schwierige Phänomen zu erklären, wobei die psychischen Hallucinationen Baillarger's zurückgewiesen werden. — 5. Klassischer Fall von Zwangsvorstellungspsychose. Schon in der Kindheit abnorm, erblich belastet. Seit dem 20. Jahre Idee der Verunreinigung mit Läusen etc. und entsprechende Zwangshandlungen. Pat. steht aber vollkommen darüber. Zwangsideen mit Meynert erklärt; liegen gewiss oft Wahnideen zu Grunde. An sich durchaus nicht schon psychisches Stigma, ein Magnan will. — 6. Fall von délire du toucher, erst im Verlaufe einer secundären Verwirrtheit entstanden (Metallfurcht). — Motiv: Höchst wahrscheinlich Wahnidee und nicht Zwangsvorstellung (ob solche anfangs da waren, ist unbekannt), eventuell Automatismus. Sehr schwer in concreto Wahn- und Zwangsideen zu trennen und sicher sind die meisten „obsessions“ der Franzosen nur Wahnideen. (Autoreferat)

Koenig (Dalldorf): Ueber eine seltene Form der cerebralen Kinderlähmung.

V. demonstrirt ein 10jähriges Kind, bei welchem die Lähmungserscheinungen, welche in einer rechtsseitigen Hemiplegie bestanden hatten, vollständig zurückgegangen waren bis auf eine Parese des Mundfacialis. Diese Parese zeigte die Eigenthümlichkeit, dass sie hauptsächlich deutlich

wurde beim Lachen und Weinen. K. führt zunächst den Beweis, dass es sich um eine central bedingte Parese handle und dass in der That ein ungewöhnlich seltener Fall von cerebraler Kinderlähmung vorliege. Er geht dann weiter ein auf die Frage von der Häufigkeit der Facialislähmung bei der c. K. (unter 46 eigenen Fällen 24mal), ferner auf die Betheiligung der mimischen Bewegungen (unter 24 Fällen 17mal).

Es sei ein auffallend grosser Procentsatz im Gegensatz zu dem Verhalten bei der Hemiplegie der Erwachsenen; wichtig würde es sein, in allen solchen Fällen, welche zur Section kommen, den Thalamus, dessen Eigenschaft, das Centrum für die mimischen Bewegungen zu bilden, noch zweifelhaft sei, auch auf feinere Veränderungen hin zu untersuchen.

Koenig.

III. Referate und Kritiken.

---

316) **Ueber die Kerne des glossopharyngeus und des Trigeminus.**

In der Mai-Nummer des Centralblattes für Nervenheilkunde und Psychiatrie, Seite 212, giebt Herr Privatdocent N. Muchin eine Beschreibung des Ursprungs des N. IX als neu an, die ziemlich genau mit dem experimentellen Nachweis dieses Nerven übereinstimmt, den ich (Festschrift zur Feier des 50jährigen Doctorjubiläums von Naegeli und Koelliker: Forel, Ueber das Verhäitniss etc., Ursprung des IX., X. und XII. Hirnnerven, Zürich, Albert Müller 1891) bereits auf Grund meiner Untersuchungen mit Hülfe der Gudden'schen Atrophiemethode geliefert habe. Meine Arbeit ist offenbar Herrn Muchin unbekannt geblieben. Auch scheint Herr Muschin die Untersuchungen von Ramon y Cajal und Koelliker wenig beachtet zu haben, welche mit den von His und von mir (Hirnanat. Betrachtungen etc., Archiv für Psychiatrie, Januar 1887) entwickelten Anschauungen über den Zusammenhang der Elemente des Centralnervensystems in völligem Einklange stehen.

Durch die erwähnten Arbeiten war bereits festgestellt, dass der sogenannte Fasciculus solitarius nichts anderes ist, als die sensible Wurzel des Glossopharyngeus und des Vagus, somit hauptsächlich des Erstern, und dass ihre Fasern sich in die den Fasciculus umgebende gelatinöse Substanz zerstreuen und verzweigen, ohne sich jedoch mit Zellen zu vereinigen. Die Endbäumchen der Verzweigungen dieser Fasern sind zwar noch nicht nachgewiesen worden, doch konnte ich (l. c.) nachweisen, dass nach der Atrophie des Fasciculus solitarius die Zellen nahe aneinander rücken, so dass kaum ein Zweifel darüber obwalten kann, dass sie sich ganz analog den übrigen Wurzelfasern der sensiblen Nerven an ihrem centralen Ende verhalten. Sie werden dabei auch zweifellos sich verzweigende collaterale Aeste abgeben.

Immerhin liefern die Untersuchungen des Herrn Muchin eine willkommene Bestätigung der unsrigen.

Bei dieser Gelegenheit sei es mir erlaubt, zu bemerken, dass Herr Dr. Hans Gudden in seiner Arbeit über den Trigeminus (Beitrag zur Kenntniss der Wurzel des Trigeminusnerven, Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, XLVIII, 1 u. 2, S. 16, 1891), meine Arbeit über den gleichen Gegenstand (Archiv für Psychiatrie 1887, Hirnanat. Betr.) ebenfalls mit keiner Silbe erwähnt, obwohl ich in jener Arbeit den gleichen Nachweis des Ursprungs des Trigeminus geliefert hatte, wie er, und zwar mit histologischen Figuren und Einzelheiten, die er nicht vorbringt. Der Ursprung der sensiblen (aufsteigenden) Wurzel des Trigeminus in der Subst. galat. Rolandi stimmt ganz mit demjenigen der sensiblen IX. u. X. Wurzel und mit demjenigen der sensiblen Rückenmarkswurzeln. Schon 1881, auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Salzburg (Tagblatt S. 185), habe ich ein Experiment erwähnt, wonach die grossen runden Ursprungszellen der absteigenden Quintuswurzel nach Durchschneidung der Wurzel vollständig atrophirten. Ich schloss damals schon daraus, dass diese Wurzel motorisch und nicht sensibel ist, wie Meynert und Andere glaubten. Da jede trophische Störung beim operirten Thier fehlte, glaubte ich, die Ansicht Merkel's, diese Wurzel sei „trophisch", zurückweisen zu können. — Man wird gut thun, diese Facta im Licht der neuen Untersuchungen v. Ramon y Cajal und Koelliker wieder zu würdigen, und wird finden, dass dieselben in der That den Nachweis liefern, dass die absteigende Wurzel nur motorisch sein kann. — Prof. Forel.

---

317) **W. v. Bechterew:** Ueber die Geschwindigkeitsveränderungen der psychischen Processe zu verschiedenen Tageszeiten. — Nach den Untersuchungen von Osten, Kow und W. Gram.
(Neurol. Centralblatt 1893, Nr. 9.)

Die Versuche, welche mittels des Hipp'schen Apparates an 4 Personen (der gebildeten und der einfachen Stände) angestellt wurden und sich auf 1500—2000 an jeder Person beliefen, haben folgende interessanten Resultate ergeben:

1. Die Geschwindigkeit des Verlaufes der psychischen Processe bildet keine constante Grösse; abgesehen vom Einfluss der Individualität, des Alters und der übrigen Bedingungen sind Schwankungen dieser Bedingungen zu verschiedenen Tageszeiten nicht zu verkennen.

2. Die Geschwindigkeit der einfachsten psychischen Processe zeigt im Laufe des Tages regelmässige typische Schwankungen und es bleibt der Typus der Tagesschwankungen bei jeder Person unter normalen Bedingungen im Ganzen, d. h. die Mittelwerthe aus einer ganzen Reihe von Untersuchungen, mehr oder weniger constant. Diese Constanz erinnert an den Gang der Curven physiologischer Processe (z. B. an die Curve der Körpertemperatur).

3. Der Typus der Tagesschwankungen der Geschwindigkeit der einfachsten psychischen Processe repräsentirt sich bei allen untersuchten Personen ohne Unterschied des Alters und der Bildung und der Form einer und derselben Curve, wobei Morgens der Verlauf der psychischen Processe

verzögert, Abends beschleunigt ist. Die geringste Geschwindigkeit fiel auf den Nachmittag.

4. Je complicirter der psychische Process ist und je mehr Zeit zu seiner Erfüllung verbraucht wird, um so ausgesprochener ist die Curve seiner Schwankungen zu verschiedenen Tageszeiten. Demgemäss zeigt die einfache Reactionszeit die geringsten Schwankungen zu verschiedenen Tageszeiten und in einigen Fällen bleibt sie, wie es scheint, sogar ohne grössere Schwankungen.

5. Der Associationsprocess ist nicht allein, ähnlich den anderen Processen, gegen den Abend beschleunigt, sondern die Associationen selber gewinnen an Qualität, da die inneren Associationen Abends in grösserer Zahl angetroffen werden, als die äusseren.

6. Der Einfluss der Nahrungsaufnahme zu dieser oder jener Zeit äussert sich stets durch die darauffolgende Verzögerung der psychischen Processe.

7. Die Ablenkung der Aufmerksamkeit verzögert den Verlauf aller psychischen Processe überhaupt im Verhältniss zu ihrer Complicirtheit, mit Ausnahme der Associationsprocesse, welche bei der Ablenkung und überhaupt beim Mangel an Aufmerksamkeit beschleunigt werden. Dieser Umstand liefert uns augenscheinlich den Schlüssel zur Erklärung der Beschleunigung der psychischen Processe, welche bei progressiver Paralyse (Prof. W. Tschisch, Dr. Walitzkaja) und im hypnotischen Zustande (Henika und Worotynsky) beobachtet worden ist.

8. Die Ablenkung der Aufmerksamkeit verändert im Ganzen nicht die Verhältnisse der die Geschwindigkeit der psychischen Processe ausdrückenden Morgenzahlen zu den am Abend gewonnenen Grössen; in den Versuchen mit der Ablenkung der Aufmerksamkeit äussert sich die abendliche Beschleunigung der psychischen Processe sogar noch schärfer.

9. Das Greisenalter verlängert gleich der niedrigen Bildungsstufe die Zeit der Reaction.

10. Die Addition und Subtraction von geraden Zahlen verlangt weniger Zeit als die von ungeraden, die Multiplication von einfachen Zahlen weniger als die Addition und Subtraction derselben. Hoppe.

---

318) **Heinrich Lipkau**: Ueber atrophische Lähmungen bei Tabes dorsalis. (Berliner Dissertation 1892.)

Kurt Grosse: Ueber Muskelatrophie bei Tabes dorsalis. (Berliner Dissertation 1892.)

Die Dissertationen behandeln Fälle aus der Jolly'schen Nervenklinik.

In dem von Lipkau beschriebenen Falle traten bei einem bis dahin gesunden älteren Manne als einleitende Symptome der Tabes eine entzündliche Schwellung des rechten Kniegelenkes und eine Infraction der Tibia ein. Drei Monate später entwickelte sich binnen wenigen Tagen eine fast complete Lähmung des linken N. peroneus mit Atrophie der von ihm versorgten Muskeln (aber ohne erhebliche Mitbetheiligung der sensiblen Nervenäste), welche deutliche, herabgesetzte faradische und galvanische Erregbarkeit und partielle Entartungsreaction zeigten. In geringerem Maasse waren auch der N. tibialis und die Wadenmuskeln betheiligt.

Der zweite von Grosse mitgetheilte Fall betrifft eine 52jährige Schlächterfrau, die vor 6 oder 7 Jahren unter Schwindelanfällen und Doppelsehen erkrankte. Vor 4 Jahren wurden die Beine schwach und unsicher, die Kraft im linken Arm geringer und sie bekam Kribbeln und taubes Gefühl in den Fingern. Ein Jahr später trat unter Atrophie eine Lähmung der linken Hand ein, welche zuerst den Mittelfinger, dann den Daumen ergriff, schliesslich auf den 4. und 5. Finger überging. Nach $1^1/_2$ Jahren begann auch eine Lähmung und Atrophie an der rechten Hand Platz zu greifen. Unterdess waren auch andere Beschwerden (Ataxie, schiessende Schmerzen, Urinbeschwerden) dazugetreten. Bei der Aufnahme in die Klinik zeigte sich neben vielfachen Symptomen der Tabes ziemlich starke Abmagerung der Muskulatur (Unterarm mit fibrillären Zuckungen und Herabsetzung der mechanischen Muskelerregbarkeit) und des Schultergürtels (die Cucullares waren nur noch in einzelnen Bündeln erhalten), während die Beweglichkeit nur in den Hand- und Fingergelenken aufgehoben war; Muskulatur und Nervenstämme auf Druck schmerzhaft. Die electrische Prüfung zeigte rechts eine Herabsetzung der Erregbarkeit und partielle EaR im Extens. carpi radialis und digitorum communis für den zweiten und dritten Finger, deutliche EaR in den Daumenballenmuskeln und im Flex. poll. long., links eine deutliche Herabsetzung der Erregbarkeit und EaR fast im ganzen Radialisgebiet (mit Ausnahme der Supinatoren der langen Daumenmuskeln und des Indicators), in den Daumenballmuskeln und Interosseus I.

Hoppe.

---

319) **Graeme M. Hammond:** The restoration of vitality to muscles which have been completely paralyzed from poliomyelitis.

(The journal of nervous and mental disease. Jan. 1893.)

H. berichtet über drei Fälle von aus der Kindheit stammenden, viele Jahre bestehenden poliomyelitischen Lähmungen der Unterschenkel, bei denen es ihm durch ein mehrmonatliches (bis 1 Jahr und mehr) Electrisiren gelang, einzelne früher überhaupt gar nicht electrisch erregbare Muskeln allmählich wieder zur Contraction zu bringen und sie dadurch auch dem Willen wieder unterthan zu machen. Er schliesst daraus einerseits auf den positiven Werth des Electrisirens bei Lähmungen, andererseits auf die Möglichkeit, auch Jahrzehnte lang bestehende Lähmungen doch noch zu bessern und zwar manchmal in erheblicher Weise.

Strauscheid.

---

320) **Goldscheider:** Ueber Poliomyelitis anterior.

(Deutsch. med. Wochenschrift 1893, Nr. 19.)

Verfasser demonstrirt im Verein für innere Medicin die Präparate zweier Patienten, von denen der eine, ein Mann in den 20er Jahren, als Kind von Lähmung befallen wurde. Der andere Fall, ein Mädchen von $2^1/_2$ Jahren, wurde 12 Tage nach Beginn der Lähmung schon anatomisch untersucht. In dem ersten Falle ist das graue Vorderhorn der einen Seite hauptsächlich erkrankt — man sieht kaum eine Ganglienzelle darin. — Das andere Vorderhorn ist relativ gesund, enthält aber auch einige atrophische Ganglienzellen. — In dem zweiten Falle, der übrigens unter

Bronchopneumonie zu Grunde gegangen war, sah man schon macroscopische Veränderungen an der Lendenanschwellung. Auf dem Durchschnitt zeigt sich das Rückenmark stark geröthet, die Substanz quoll hervor und im Abstrich sah man eine ungeheure Menge von Rundzellen, ganz denen ähnlich, die Leyden seiner Zeit abgebildet hatte, grosse Zellen mit einem Kern, auch einige Körnchenzellen, aber mit wenig Fett. Ferner zeigten sich deutlich veränderte Ganglienzellen. Dieselben sahen blass, homogen, tropfenähnlich rund aus, liessen keinen Kern und keine Fortsätze erkennen. Aehnlich war der Zustand in der Halsanschwellung und im Dorsalmark, jedoch war der Process hier von viel geringerer Intensität. Auf gehärteten Schnitten sah man zunächst eine starke Dilatation der Gefässe, welche mit Blutkörperchen vollgepfropft waren; um die Gefässe herum lagen reichliche Rundzellenhaufen; die Ganglienzellen zeigten die oben beschriebenen Veränderungen in verschiedener Ausbildung: Klumpige, rundliche Gebilde, ohne Kern, mit Carmin nur sehr blass gefärbt. Vielfach sahen die Ganglienzellen vergrössert und gequollen aus. Der Deiter'sche Achsencylinderfortsatz fand sich ebenfalls geschwollen vor, gelegentlich als varicöser Wulst. Jedoch auch in den Seitensträugen, ganz vereinzelt auch in den Hintersträngen und in der Pia mater sah man ähnliche Veränderungen resp. Infiltration. Es handelt sich also um einen frischen myelitischen Process von ziemlicher Ausdehnung auf alle Rückenmarkstheile. Aehnliche Veränderungen mit Betheiligung der Gefässe fanden sich auch im Dorsaltheil und in der Halsanschwellung, nur nicht so ausgesprochen.

Im Anschluss hieran bespricht Verf. die Litteratur von Jak. v. Heine bis auf die neueste Zeit und den Wechsel der Anschauungen über den Sitz der Erkrankung. Er glaubt nicht wie Charcot, dass es sich hierbei um eine Erkrankung der Ganglienzellen allein handelt, sondern denkt an einen ähnlichen, mit den Gefässen in Verbindung stehenden Process, wie ihn Wernicke für das Gehirn als Polioencephalitis superior hämorrhagica beschrieben hat. Er erinnert ferner an das epidemische Auftreten der Kinderlähmung, sowie an ihr Auftreten im Anschluss an acute Infectionskrankheiten, wie z. B. Keuchhusten. Wenn die bacteriologischen Untersuchungen auch bisher noch keinen Bacillus oder Coccus nachgewiesen haben, so beweise das gar nichts, weil zur Zeit der Untersuchung dieselben schon verschwunden sein konnten. Peltesohn.

---

321) **Sottas**: Sur la nature des lésions médullaires dans la paraplégie syphilitique. Vortrag in der Soc. de biologie. 15. avr.

(Le Bullet. méd. 1893, Nr. 31.)

Die Section dreier Fälle von syphilitischer Paraplegie, die nach 2 Tagen, 16 Monaten und 10 Jahren letal endeten, führte S. zu folgenden Schlussfolgerungen: Die syphilitische Rückenmarkserkrankung begann mit einer Periode meningo-vasculärer Störungen: Entzündung der Gefässwände, zu der sich oft miliare Gummata der Pia gesellten. Dann trat eine Gefässobliteration ein, die mit einer Erweichung eines mehr oder minder ausgebreiteten Bezirkes des Markes endigte. Der Erweichung folgte weiter eine Periode der Degeneration und zwar auch einer secundären aufsteigenden und absteigenden Degeneration, die sodann eine Periode der Reizung und

Reaction des interstitiellen Bindegewebes und der Neuroglia herbeiführte. Diese endete schliesslich mit einer Vernarbung des necrobiotischen Herdes (Sclerose). Es handelte sich somit um eine Erweichung des Rückenmarkes in Folge von arterieller Thrombose und eine sich daran anschliessende Sclerose in Folge der collateralen Circulation und der Entwicklung der vasa vasorum. Buschan.

---

322) **M. Pfister** (Luzern): Zwei bemerkenswerhe Fälle von Affection der Sehnerven.

(Corresp.-Blatt für Schweizer Aerzte 1892, Nr. 20.)

Der erste Fall ist eine Erblindung nach einem Sturz auf ein Eisenstück, das die Gaumenwölbung durchbohrte.

Vier Tage lang schwere Gehirnerschütterung. Mydriasis, nur sympathische Pupillenreaction erhalten. Ophth. zuerst normale Verhältnisse; dann Auftreten einer vollständigen Atrophie der Papille ohne Stauung oder Entzündung. Die Atrophie begann 18 Tage nach dem Unfall. Diagnose: Fractur des Canalis opticus mit Verletzung der Sehnerven.

2. Fall: Doppelseitige Neuritis optica bei einem Syphilitischen. Rasches Entstehen: Das linke Auge ist vollständig und dauernd erblindet nach einigen Tagen. Das niedrigste Sehvermögen rechts war: Finger in $^1/_2$ m. Nach 3 Wochen einer Schmierkur stieg das Sehvermögen dieses Auges wieder zur Norm; nur das Gesichtsfeld blieb beschränkt auf einen schmalen Sector innen oben; innerhalb desselben war die Farbenperception normal. Nirgends eine Blutung in der Netzhaut. Die Diagnose wurde auf eine hauptsächlich retrobulbäre Neuritis gestellt. Da der Kranke wenige Tage zuvor von einem allgemeinen Unwohlsein befallen war, ist die Möglichkeit vorhanden, da gerade eine Influenza-Epidemie herrschte, dass es sich trotz der Syphilis um eine auf Influenza zurückzuführende Neuritis retrobulbaris handelte. Aehnliche Fälle bei Syphilis sind schwerlich beobachtet.

Bach (Würzburg).

---

323) **M. Hulscher**: Traumatische Neurosen nach einem Eisenbahnunfall.

(Corresp.-Blatt für Schweizer Aerzte 1892, Nr. 20.)

Die ophthalmologische Untersuchung von 4 Erwachsenen mit geheilten Wunden, die sie bei dem Eisenbahnunfall bei Mönchenstein davongetragen hatten 8 Monate zuvor, ergab: Bei allen Herabsetzung der Sehschärfe, Accommodationsstörungen, Ungleichheit der Pupillen, Einschränkung des Gesichtsfeldes, auffallende Schwäche der Convergenz (asthenopia muscularis). Ophthalmoscopisch: Hyperämie der Papille verschiedenen Grades bis zur ausgesprochenen Neuritis, die in einem Falle in Atrophie ausging. — Ausserdem waren eine psychische Depression, Sensibilitätsstörungen etc. vorhanden. Keine hereditäre Belastung.

Bach (Würzburg).

---

324) **Theodore Diller** (Pittsburg, Pa.): Two cases of neuritis. (Zwei Fälle von Neuritis.)

(The Medic. Record, 5. November 1892.)

In einem Falle wurde eine Telegraphistin, während sie an ihrem Apparate arbeitete, vom Blitze getroffen; der Strom trat durch die Finger

der rechten Hand ein und durch den rechten Fuss wieder aus. Es zeigte sich sofort sensible und motorische Parese, die, am stärksten an den Fingern, je höher oben, um so schwächer war. Daneben bestanden Schock-Erscheinungen. Heilung. — Im zweiten Falle handelte es sich um eine schnell verlaufende multiple Neuritis, die Verf. auf Kupfervergiftung und Erkältung zurückführt.

Voigt.

---

325) **Heyse**: Ein Fall von doppelseitiger Neuritis des Plexus brachialis (obere Wurzelneuritis) bei Phtisis pulmonum. — Vortrag in der Gesellschaft der Charité-Aerzte, 18. Juni 1892.

(Berlin. klin. Wochenschr. 1892, Nr. 52.)

Ein 36jähriger Steinträger erkrankte Febr. 92 unter Fieber, Husten, blutigem Auswurf an einer linksseitigen Lungenspitzenerkrankung, erholte sich aber bald und arbeitete den ganzen März hindurch. Nach einer reichlichen, länger dauernden Haemoptoe im April traten heftige Schmerzen im Genick, in beiden Schultern, besonders oberhalb des Schlüsselbeins auf, die sich bei Bewegungsversuchen steigerten, im Laufe von 8 Tagen allmählig nachliessen, während nunmehr eine Parese des rechten Armes auftrat. Nach 14 Tagen wurde derselbe wieder gebrauchsfähig, unterdessen hatte sich aber eine Parese des linken Armes entwickelt.

Bei der Aufnahme in die Charité zeigten sich neben den Symptomen der Lungenphtise Atrophieen und Paresen mehrerer Schulter- und Armmuskeln. Es waren betheiligt links der Deltoideus (N. axillaris) und infraspinatus (N. suprascapularis), sowie die untere Partie des Cucullaris (N. dorsalis I); rechts der Serratus antic.-maj. (N. thorac.-long.) erheblich, der Deltoideus, Infraspinatus und Cucullasis in geringem Maasse. Sensibilitätsstörungen waren nur im Bereiche des N. axillaris sin. und eines Nervus dorsalis (Parästhesien, Schmerzhaftigkeit der Druckpunkte), trophische Störungen (Glanzhaut) im Gebiet des N. axillaris nachweisbar. Daneben bestand totale resp. partielle Entartungsreaction. Im Allgemeinen war also das Bild der doppelseitigen Erb'schen Plexuslähmung vorhanden; eine Abweichung vom Typus bietet nur die Betheiligung der unteren resp. mittleren Portion des Cucullaris und die gleichzeitige atrophische Lähmung des rechten Musc. serratus antic. maj. Während die auffallend symmetrische Vertheilung des Processes den Gedanken an eine Poliomyelitis nahe legte, sprachen doch die Schmerzen im Beginn, die Parästhesieen, die schmerzhaften Druckpunkte, die trophischen Störungen und die in kurzer Zeit eingetretene Besserung eines Theiles der Lähmungserscheinungen für Neuritis. Die Diagnose wurde später durch die beinahe völlige Heilung bestätigt.

Als Ursachen der Neuritis sieht H. die gleichzeitige Einwirkung von Kälte und Anstrengung auf die Schultermusculatur, welcher sich Patient, nachdem er eben im Februar eine acute Lungenspitzenerkrankung durchgemacht hatte, als Steinträger bei der rauhen Märzwitterung ausgesetzt hatte.

Hoppe.

---

326) **R. Murray:** Ett fall af brachialplexus förlamning. (Fall von Lähmung des Plexus brachialis.) Svenska Läkare-Sällskapets Förhandlingar 1892, den 12. April.

(Hygiea, Juni 1892, 54. Bd., Nr. 6.)

Seemann, 16 Jahr, ohne neuropathische Belastung, bisher gesund, wurde im Sommer 90 öfters durchnässt und fühlte sich kalt und verfroren. Am Morgen des 21. Juli erwachte er mit Schmerzen in der rechten Schulter und konnte den rechten Arm nicht mehr heben. Er konnte nicht angeben, ob er vielleicht des Nachts mit dem Arm in unbequemer Stellung gelegen hätte. Die Schmerzen und die Lähmung breiteten sich etwas mehr im Arme aus, bis er im September in das Seraphinerlazareth aufgenommen wurde. Hier zeigte sich complete Lähmung des rechten Oberarms mit bedeutender Atrophie der Muskeln. Am Unterarm war die Muskelkraft etwas verringert, keine Atrophie. Auch der Supinator longus war nicht gelähmt. Die Hautsensibilität war etwas gemindert, namentlich an der äusseren und hinteren Seite des Oberarms. Die electrische Untersuchung zeigte in den gelähmten Nerven und Muskeln ausesprocheneg Entartungsreaction. Im Februar 91, wo der Zustand noch unverändert war, wurde der Kranke in dem gymnastischen Centralinstitut mittelst Massage, activer und passiver Bewegungen behandelt und war bei der Vorstelluug so gut wie geheilt.

Koch (Kopenhagen).

---

327) **J. S. Risien Russell:** Report on the abductor and adductor fibres of the recurrent laryngeal nerve.

(The Brit. med. Journal, 18. Juni 1892.)

Die Abductoren und Adductorenfasern des N. laryngeus recurrens verlaufen in getrennten Bündeln in dem Nervenstrang bis zu den von ihnen innervirten Muskeln. Gleichzeitige Reizung aller Nervenfasern des N. laryngeus recurrens bewirkt beim erwachsenen Thier Adduction des Stimmbandes derselben Seite; dagegen Abduction beim jungen Thier. Beim Austrocknen durch die Luft verlieren cet. par. die Abductorenfasern die Fähigkeit, electrische Reize zu leiten, schneller als die Adductoren. Auch beim jungen Hunde, wo die Abductorenfasern ihre Vitalität länger bewahren als beim erwachsenen Thier, gehen sie doch vor den Adductoren zu Grunde. Dieses Absterben schreitet nach und nach von der Durschschneidungsstelle zur Peripherie hin fort. Man kann anatomisch die Abductoren und Adductorenfasern durch den ganzen Nervenverlauf bis zu ihrer Muskelendigung verfolgen. Die Abductorenfasern liegen auf der Innenseite der Nerven, die Adductoren auf der Aussenseite. Die beiden Faserbündel lassen sich trennen und jedes für sich lässt sich reizen, so dass man je nachdem alleinige Contractur der Abductoren oder der Adductoren bewirken kann. Alleinige Durchschneidung je eines der Bündel bewirkt auch dementsprechende alleinige Muskeldegeneration.

R. Wichmann.

---

328) **W. M. Leszynsky** (New-York): Alcoholic paralysis from multiple neuritis in a child seven years of age.

(The journal of nervous and mental disease. April 1892.)

Verf. erwähnt kurz einen tödtlich verlaufenen Fall von multipler Neuritis bei einem früher stets gesunden Knaben von 7 Jahren. Als das

Kind in den letzten 2 Jahren etwas schwach war, gab ihm die Mutter täglich 2 Flaschen Bier und ab und zu etwas Whiskey, um etwas Leben in dasselbe zu bringen, wie sie sich ausdrückte.

Strauscheid.

---

329) **J. T. Eskridge** (Denver, Col.): Subacute recurrent multiple neuritis.
(The journal of nerv. and ment. disease. Febr. 1892.)

Ein Trinker erkrankte zum ersten Male 1888 an einer typischen multiplen Neuritis, musste 3 Wochen zu Bette liegen und war nach weiteren 3 Monaten wieder hergestellt. Im Juni 1891 erkrankte er wieder in derselben Weise, war aber diesmal schon nach 5 Wochen geheilt. Dritte Erkrankung an der typischen Form der alcoholischen multiplen Neuritis im September 1891. Trotz geeigneter Behandlung schritt diesmal die Erkrankung fort; später traten psychische Störungen auf, der Kranke ging geistig und körperlich rasch zurück und starb am 27. November 1891. Die Autopsie zeigte im Rückenmarke macroscopisch nichts abnormes.

Strauscheid.

---

330) **C. W. Suckling**: Clinical notes on Paralysis of the diaphragm.
(The Brit. md.e Journ., 28. Mai 1892,)

S. hat im letzten Jahre 6 Fälle von Zwerchfelllähmung beobachtet und glaubt, diese Lähmung sei häufiger als man annimmt, sie werde aber meist übersehen. Man müsse nach ihr suchen, um sie zu diagnosticiren.

1. Fall. Ein junger Mann streckt bei athletischen Uebungen seinen Nacken über eine horizontale Stange. Es tritt auf Taubheit und Schwäche der Beine, Muskelbeschwerden; hat kaum die Kraft zu sprechen. Paralyse der rechten Hälfte des Zwerchfells; die linke Hälfte wirkt schwach. Therapie: Absolute Ruhe, sorgsame Ernährung, häufiges Faradisiren des rechten Phrenicus. Gesund nach 6—7 Wochen. Als Ursache nimmt S. eine Hämorrhagie mit Druck auf den Phrenicus an.

2. Fall. Junge Dame; Influenza überstanden. Darnach Neuralgie im rechten Bein. Beim zweiten Besuch fand S. Lähmung der rechten Hälfte des Diaphragma. Keine Dyspnoe; keine Sprachbeschwerden. Anfangs Besserung. Plötzlich Tod nach 2 Tagen. S. nimmt als Ursache Neuritis an.

3., 4. und 5. Fall. Alle drei Fälle entstanden nach Diphtherie und verlaufen tödtlich. S. glaubt, Zwerchfelllähmung sei häufiger die Ursache des plötzlichen Todes nach Diphtherie, als Syncope. Viele Fälle würden nicht diagnostisch. Der eine Fall betraf einen Mann, die zwei anderen Kinder. In allen 3 war Lähmung der Beine vorhanden. Der Tod trat jedesmal plötzlich ein. Die Diagnose wurde in allen 3 Fällen 1—2 Tage vor dem Tode gemacht.

6. Fall. Frau von 37 Jahren; hat zum zweiten Mal eine Alcoholparalyse der Hände und Füsse. Es trat Diaphragmalähmung hinzu. Tod 1—2 Tage nach der Diagnose. Bis jetzt ist Diaphragmalähmung nach Alcohollähmung noch nicht beobachtet gewesen. S. nimmt eine Neuritis als Ursache an.

Keiner der 6 Fälle wurde secirt. R. Wichmann.

---

331) **Philipp Zenner** (Docent für Neuropathologie in Cincinnati): Ein Fall von Unfähigkeit zu lesen (Alexie).

(Neurol. Centralblatt 1893, Nr. 9.)

Eine 34jährige Frau ohne luetische Anticedentien bekam im Februar 1891 einen Anfall von Besinnungslosigkeit mit Jactation und Paralyse der linken Gesichtshälfte. Später wurde Undeutlichkeit der Sprache bemerkt. 6 Wochen nach dem ersten Anfall erfolgte plötzlich eine Lähmung des rechten Armes; dieselbe wurde zwar nach einiger Zeit geringer, die völlige Gebrauchsfähigkeit stellte sich aber nicht mehr her. Nach mehrmonatlichem Krankenlager zeigte sich auch eine wesentliche Herabsetzung des Gesichtssinnes.

October 1892, wo die Frau zu Z. in die Behandlung kam, wurde eine deutliche Schwäche des Intellects und Gedächtnisses (besonders für Daten), ein Verlust der Geschicklichkeit der Hände ohne Lähmung, ohne Beeinträchtigung des Hautsinns und nur mit geringer Abnahme des Muskelsinns constatirt; ferner bestand Nystagmus, Convergenzschwäche, rechtsseitige Hemianopsie und eine eigenthümliche Sehstörung, die sich nicht als Unfähigkeit zu sehen, sondern als Schwierigkeit, die Dinge im Gesichtsfeld aufzufinden und sich im Raume zu orientiren, herausstellte. Zum Theil darauf mochte ihre Leseunfähigkeit beruhen; sie erkannte einzelne Buchstaben, auch hier und da Buchstaben in einem Buch, wusste auch die Art der Lettern (deutsche oder englische, grosse oder kleine, Druck oder Schrift) anzugeben, konnte aber keine Buchstaben im Zusammenhang, also auch kein Wort erkennen, wenn sie nicht die Buchstaben einzeln erkannte und mühsam zusammenfügte; mit Zahlen ging es etwas besser. Schreiben konnte sie sowohl spontan als auf Geheiss, doch zeigte sich dabei neben den Folgen der Sehstörung eine Art von Ataxie.

Die verschiedenen therapeuthischen Maassnahmen blieben ohne Erfolg.

Die Hemianopsie weist nach Z. mit Deutlichkeit auf eine Läsion des Hinterhauptlappens, die Alexie mochte zum Theil in einer organischen Unterbrechung zwischen Sehen und Sprache begründet sein; die Schwierigkeit, Gegenstände im Gesichtsfeld aufzufinden, bezieht Z. auf eine Verengerung desselben.

Hoppe.

---

332) **D. E. Jacobson**: Nogle morkelige Tilfaelde af Hemiplegi, uden tilsvarende Fokalidelse i Hjernen. (Einige merkwürdige Fälle von Hemiplegie ohne Fokalaffection des Gehirns.)

(Hospitalstidende 1893, S. 185, 223, 282, 303.)

Der Verf. hat Gelegenheit gehabt, an dem Communehospital zu Kopenhagen drei Fälle obengenannter Art zu beobachten. Ausserdem sind in den letzten Jahren andere drei Fälle daselbst vorgekommen. Die Krankengeschichten dieser 6 Fälle, welche ausführlich mitgetheilt werden, resümirt der Verf. in folgender Weise:

1. Früher gesunder Mann, 65 Jahre alt, erwachte eines Morgens mit completer Lähmung der linken Seite. Ein wenig Schwindel, Kopfweh und Störung des Sprachvermögens. Bei der Aufnahme normale Temperatur, gespannter Puls, congestionirtes Gesicht, Cheyne-Stoke'scher Respirationsmodus, Stumpfheit und Eingenommensein sammt linksseitiger Hemiplegie

(untere Facialis, Arm und Bein). Patellarreflex geschwunden. Leichte Albuminurie. Unter stetiger Verschlechterung trat der Tod 8 Tage nach dem Auftreten der Hemiplegie ein. Bei der Section fand sich atheromatöse Degeneration der Arterien, aber sonst keine Affection des Gehirns.

2. Frau, 72 Jahr, an chronischer Bronchitis leidend, bekam plötzlich einen Anfall von Schwindel mit schnell vorübergehender Hemiparese. Zwei Monate später bekam sie wieder einen Anfall von Schwindel mit andauernder linksseitiger Hemiplegie. Tod 2 Monate später an Pneumonia crouposa. Die Gyri des Gehirns waren etwas atrophisch, die Gefässe leicht ateromatös degenerirt. Das Gehirn übrigens normal.

3. 70jähriger Mann. Wurde in dementem Zustand in das Krankenhaus gebracht mit rechtsseitiger Hemiplegie. Die Reflexe geschwunden. Nachdem sich eine Contractur der Finger entwickelt hatte, trat der Tod nach Verlauf mehrerer Wochen ein. Arteriosclerosis, Anämie und Oedem des Gehirns und seiner Häute.

4. Frau, 67 Jahr, welche früher wahrscheinlich Syphilis gehabt hatte, bekam zahlreiche epileptische Anfälle mit Convulsionen vornehmlich in der linken Seite, nachdem sich im Laufe von einigen Tagen leichtere Gehirnsymptome gezeigt hatten. Nach einem Krampfanfall linksseitige Hemiplegie. Albuminurie. Coma und Tod nach 24 Stunden. Arteriosclerose. Das Gewebe des Gehirns hyperämisch, im Uebrigen gesund.

5. Knabe, 14 Monate alt, hatte längere Zeit Keuchhusten und Tuberculose der Lungen gehabt, wurde eines Morgens mit linksseitiger Hemiplegie gefunden. Drehung des Kopfes und der Augen nach links, Strabismus convergens des linken Auges. Die Reflexe der linken Seite waren geschwächt. Tod nach 24 Stunden. Das Gehirn und seine Häute zeigten nichts abnormes.

6. Mann, 28 Jahr, früher gesund, bekam plötzlich einen eclamptischen Anfall nach dem andern mit Krämpfen hauptsächlich in der rechten Seite. Nach einem Anfall rechtsseitige Hemiplegie; die Reflexe geschwunden, erhöhte Temperatur der gelähmten Glieder. Die Anfälle minderten sich, jedoch starb er nach 10 Tagen unter fortwährender Temperatursteigerung. Albuminurie in den letzten Tagen. Das Gehirn ohne pathologischen Befund.

In der Litteratur hat der Verfasser ausserdem 32 Fälle gefunden, von denen er ein kurzes Resumé giebt, die meisten im Alter über 60 Jahre vorkommend. 12 Fälle entwickelten sich bei völlig gesunden Individuen, 10 litten an Urämie, die übrigen an Lungentuberculose, Pneumonie, Artritis, Bleivergiftung oder Puerperalinfection. Bei den früher gesunden Individuen, welche alle im Alter zwischen 63 und 85 Jahren von der Krankheit befallen wurden, waren die Gefässe, soweit Mittheilungen darüber vorliegen, atheromatös degenerirt. Die Erklärung für das Entstehen der Hemiplegie sucht der Verf. in einer ungleichen Vertheilung des Blutdrucks und der Blutmenge in den beiden Hemisphären, er räumt aber die ganz hypothetische Natur dieser Erklärung ein. Koch (Kopenhagen).

---

333) **L. C. Gray** (New-York): The Diagnosis of one form of intra-cranial Syphilis.

(Amer. Journ. of med. sc. Januar 1892.)

Während die Localisation eines intracraniellen pathologischen Processes oft sehr genau bestimmt werden kann, bleibt die Natur desselben sehr häufig dunkel.

Prof. Gray behauptet, dass wenn man vor den 40 Jahren quasi periodische, meistens in der Nacht auftretende und mit Insomnie verbundene Kephalalgie findet und diese nach dem Auftreten paralytischer oder convulsiver Phänomene schnell verschwinden, intra-cranielle Syphilis vorhanden ist. Insomnie und Kephalalgie kommen in den früheren Stadien der intra-craniellen Processe vor, während die Urkrankheit primär, secundär oder tertiär sein kann. Es werden 27 erläuternde Krankengeschichten beigefügt.

Henrik Dedichen (Horten).

---

334) **R. T. Williamson**: Serous cysts in the cerebellum.
(The americ, journ. of the med. sc. August 1892.)

Die sogenannten einfachen mit seröser Flüssigkeit gefüllten Cysten kann man nur als solche annehmen, wenn eine minutiöse microscopische Untersuchung der ganzen Wand negativ ausfällt. Verf. hat nach recht genauer microscopischer Examination geglaubt, in zwei Fällen solche Cysten vor sich zu haben, eine erneuerte Untersuchung zeigte aber zwei kleine gliomatöse Tumoren von 2,5×4 mm, resp. 6×6 mm Grösse. Verf. behauptet, diese Cysten „have been cystic tumors in which the cystic degeneration has been so marked, that the whole of the tumor-growth has disappeared, or only so minute a portion has remained that is has escaped detection", was er auch darauf stützt, dass die Symptome die eines cerebellaren Tumors waren und dass intracranielle cerebellare Tumoren recht häufig cystisch degeneriren. Ferner sind echte seröse Cysten sehr selten, und eine Untersuchung der ganzen Wand wird, wenn genau genug, oft echte seröse Cysten in degenerirte verwandeln, weil nur eine solche die kleinen Reste der degenerirten Tumoren nachweisen kann.

Die Operation von tumores cerebelli giebt schlechte Prognose. Vielleicht würde die Punction, wenn man sie bei Cysten ausführen könnte, eine bessere geben.

Henrik Dedichen (Horten).

---

335) **Arthur Skipton**: A case of Raynaud's disease.
(The Lancet, 21. I. 93, pag. 144.)

Der 50jährige Fuhrmann J. H. war bis zum 5. October 1892 gesund. An diesem Tage wurde er theilweise verschüttet, war einige Zeit bewusstlos, dann aber im Stande, mit Beschwerden nach Hause zu gehen. Am folgenden Tag konnte er nicht aufstehen wegen grosser Schwäche. Seitdem traten folgende Symptome auf: Herabgesetzte Oberflächentemperatur mit Schwäche in den Extremitäten; Unfähigkeit, die Zehen zu bewegen oder die Finger der rechten Hand in die Hohlhand zu beugen. Bläuliche Verfärbung der Ohren. Anästhesie dieser Theile. Die Anästhesie erstreckt sich am linken Arm bis zur Mitte des Vorderarms, rechts bis 2 Zoll oberhalb des Handgelenks; an den Beinen bis oberhalb der Kniee. Pat. fühlte eine tief eingestochene Nadel, hatte aber keine Schmerzempfindung davon. Ferner zeigten sich in Zwischenräumen, gewöhnlich 2mal am Tage, äusserste Lividität der Ohren, der Nase und des Handrückens, rechts sich bis zur Mitte der Vorderarme, links bis 2 Zoll oberhalb des Handgelenks erstreckend. Eine kleine Stelle, 3 Zoll im Durchmesser, auf der linken Schulter, war

ähnlich afficirt. Die Unterextremitäten zeigten diesen Zustand nicht, waren aber blasser und kälter. In allen betroffenen Theilen bestand während der Exacerbation ein Gefühl von Taubheit und grosser Kälte. Dieser Zustand dauerte verschieden lang und war, wenn er aufhörte, von Hitzegefühl, Kribbeln und heftigem Schmerz begleitet. Zeitweilig klagte Pat. über Schwindel. Die Symptome zeigten sich an verschiedenen Tagen verschieden stark. Es bestand grosse geistige Depression. Wichmann.

---

336) **O. F. Osborn**: A case of Acromegaly.
Frederick A. Packard: A case of Acromegaly and illustrations of two allied conditions.
(The american. journal of the med. June 1892.)

Dr. Osborn's Fall betrifft einen 42jährigen Mann, in Westphalen geboren, der für etwa 11 Jahre nach Amerika übersiedelte. Seitdem hat er oft an recht lästigem Kopfweh und Tintinitus aurium gelitten, bietet auch die übrigen gewöhnlichen Zeichen von Acromegalie dar. Verf. glaubt sicher, eine Vergrösserung des gland. pituit. annehmen zu können.

Dr. Packard beschreibt recht genau einen Fall von Acromegalie, an dessen Seite er einen Fall von Osteoarthropathie hypertrophiante pneumique Marie stellt. Der dritte Fall betrifft eine bei der Obduction entdeckte Vergrösserung der gland. pit., während die Diagnose intra vitam multiple luetische Cerebralaffection gewesen war. Zeichen von Acromegalie nachzuweisen.

Beide Abhandlungen sind von Photographieen etc. begleitet.
Henrik Dedichen (Horten).

---

337) **Lannois-Teissier**: Athétose double et diplégies cérébrales de l'enfance.
(Le Bulletin médic. 1893. Nr. 31.)

36jährige Frau, deren Vorgeschichte folgende ist: Bei einer recht schweren Geburt im Zustande der Asphyxie auf die Welt gekommen. Bald darauf fielen eine Schwerfälligkeit im Ergreifen von Gegenständen, sowie gewisse Bewegungen des Kindes auf: das Gesicht verzerrte sich ein wenig und das Kind wollte immer „tanzen“. Mit $2^1/_2$ Jahr war das Gehen noch sehr erschwert und wurde erst im 5. Jahre relativ gut. Mit 3 Jahren hatte die Kranke in Folge eines schweren Falles auf die Stirngegend Convulsionen, ob dieselben etwa schon vorher bestanden, ist nicht mehr zu ermi teln. Abgesehen vom Wechsel leichter Besserungen mit Verschlimmerungen ist der Zustand bis jetzt ziemlich der gleiche geblieben. Es sind ganz deutliche athetotische (undulirende, langsame) Bewegungen von wechselnder Intensität, die häufig von einer Art Spasmen von gleichfalls variabler Dauer unterbrochen werden. — Was zunächst die Muskelbewegungen betrifft, so hält es sehr schwer, dieselben zu beschreiben. Sie nehmen unter psychischem Einfluss zu, in der Ruhe und bei Ablenkung jedoch ab; im Schlafe sistiren sie vollständig. Sie sind ferner über den ganzen Körper verbreitet, besonders an den Muskeln der Extremitäten (Hände, Finger, Zehen) und des Gesichtes bemerkbar. Von Seiten des linken Daumens besteht ein langsames rhythmisches Zittern, wie bei

Schüttellähmung; von Seiten des Halses wirkliche choreatische Zuckungen des Kopfnickers, von Seiten des Rumpfes und des ganzen Körpers endlich ein wirkliches Zittern en masse in kleinen regelmässigen Oscillationen. — Die Spasmen haben gleichfalls den ganzen Körper ergriffen; sie fixiren einzelne Theile desselben in eigenthümlichen Stellungen; manchmal sind es wahre Contracturen, die die Gliedmassen oder einzelne Theile derselben, sowie das Gesicht in einer fixen Stellung immobilisiren.

Im Anschluss an diesen ausführlich beschriebenen Krankheitsfall lässt sich L. über die doppelseitige Athetose aus. Er ist der Ansicht, dass dieselbe keine besondere Krankheit ist, sondern nur ein Syndrom, das sich für gewöhnlich im Gefolge von verschiedenen Gehirnläsionen (Sclerose, meningeale Adhärenzen, Pachymeningitis, cerebrale Atrophie etc.), auch nach Rückenmarksleiden (Shaw, Cruveilhier, Leyden, Grasset, Audry, Massalongo etc.), peripherischen Neuritiden (Löwenfeld, Remak), selbst mit Hysterie einstellen kann. Im vorliegenden Falle scheint die doppelseitige Athetose mit einer Form der spasmodischen infantilen Diplegie einherzugehen. Zu dieser Krankheitsgruppe zählen nach L. 1. die allgemeine spastische Rigidität, 2. die paraplegische Rigidität — beide Formen entsprechen der Little'schen Krankheit (rigidité spastiqne congénitale des membres) = tabes dorsalis spastica (Erb, Charcot) — 3. gewisse Formen von bilateraler spasmodischer Hemiplegie, 4. eine gewisse Anzahl von Fällen von congenitaler Chorea und doppelseitiger Athetose. Der gemeinsame Grundzug aller dieser Formen ist einmal das ätiologische Moment (frühzeitige Geburt und erschwerte Geburtsarbeit), zum andern das pathologische Verhalten (Entwicklungshemmung der Pyramidenstränge.)

Buschan.

---

338) **Hanot:** Sur un cas de fièvre hystérique. Vortrag in der Soc. médic. des hôp., 21. avr.

(Le Bulletin méd. 1891, Nr. 34.)

Junge Frau von 21 Jahren zeigt unregelmässig sich einstellende, nur einige wenige Tage anhaltende Temperatursteigerungen (unregelmässige Curven bis 40^0 und einige Zehntel). Durch Exclusion kommt H. zu der Diagnose des hysterischen Fiebers, zumal da Nervenanfälle vorausgegangen waren und die Temperatursteigerung sich jedesmal nach psychischer Aufregung einstellte resp. durch eine solche in ihrem Verlaufe beeinflusst wurde. H. hebt noch hervor, dass die Kranke zwar ohne nervöse Antecedentien war und während der Fieberanfälle keine Stigmata der Hysterie darbot, indessen eine Degenerirte darstellte.

Der Urin wurde während der Temperatursteigerung in reichlicher Menge gelassen und war wenig concentrirt; H. legt auf diese Thatsache für die Differentialdiagnose grossen Werth. Buschan.

Grandclément: Manifestations oculaires de l'hystérie. Soc. nat. de méd. de Lyon.

(Lyon médical 1893, Nr. 3, S. 90.)

42jährige Frau bemerkte vor 2 Jahren in Folge eines nervösen Anfalles eine plötzliche und beträchtliche Abnahme des Sehvermögens und eine

sich gleichzeitig einstellende Dysphagie, sowie Sensibilitätsstörungen des rechten Armes.

Die Schlingbeschwerden, die mehr als 6 Monate eine Oesophagus strictur in Folge von Krebs vortäuschten, verschwanden nach mehrmaligem Electrisiren und Catheterisiren; die Sensibilitätsstörungen haben sich sehr gebessert; nur die Sehstörungen bestehen noch fort. G. sucht nachzuweisen, dass es sich hier um einen Astigmatismus handelt, der indessen nicht durch Hornhautkrümmung bedingt ist, sondern rein dynamischer Natur ist: ein pseudo-astigmatisme hystérique.

Aehnliche Beobachtungen sind kürzlich von Borel, Galezowsky und Martin publicirt worden. In der Debatte regt Gayet Zweifel an der hysterischen Natur des Astigmatismus an, da vorher nicht die Krümmung der Hornhaut und Linse gemessen sei. Buschan-Stettin.

---

340) **Weir Mitchell** (Philadelphia): Hysterical rapid respiration, with cases: peculiar form of rupial skin disease in an hysterical woman.

(The americ. fourn. of the med., march 93.)

„Rapid upper costal respiration“ ohne Lungenkrankheit und cessirend während des Schlafes ist nach dem berühmten Verfasser zuweilen das einzige Zeichen von Hysterie. Wenn ein Gesunder die schnelle Respiration zu imitiren sucht, zeigt die Respirationscurve, dass die Athemzüge nicht die Regularität besitzen, die der hysterischen Respiration eigen ist. Der eine (der drei referirten) Fälle bot ausserdem ein eigenes crustöses Hautleiden am crus dar, das in einer colorirten Tafel abgebildet ist und von dem bekannten Dermatologen Dr. Dühring folgender Weise beschrieben ist: There was no ulceration beneath the crust, but the epithelial layer and rete mucosum were atrophied and diseased. The papillary layer was reddened and infiltrated as seen in chronic tinea favosa. . . . The interpretation of the cause as suggested by Dr. Mitchell, namely, that it is of nervous origin, is, I belive correct. It is due to a degeneration of the nervous system, giving rise to local trophic disturbance of the skin. We may designate it as a peculiar trophic crusted disease of the skin.

Henrik Dedichen (Horten).

---

341) **Howell T. Pershing**: Jacksonian epilepsy, convulsions beginning in the left orbicularis palpebrarum and extending to the left hand and arm — apopleptic cyst found beneath the upper face centre and drained — recurrence of convulsions.

(The journal of nervous and mental disease, Aug. 1892.)

Ein 27jähriger Mann erhielt mit einem Billardqueue einen Schlag über die rechte Kopfseite; trotzdem er sofort eine Schwäche der linken Körperseite fühlte, führte er noch in derselben Nacht den Beischlaf aus. Am anderen Morgen waren das linke Bein und der linke Arm gelähmt; ersteres war nach 6 Wochen, letzterer nach 3 Monaten wieder hergestellt. Vier Monate nach dem Unfall traten zuerst allein in den linken Augenlidern bei erhaltenem Bewusstein Krämpfe auf, die sich alle 1—3 Wochen wiederholten und später auch auf die linke Hand und Arm übergriffen und eine

zeitweise Schwäche und Taubheit daselbst zurückliessen. Bei der Untersuchung durch P. fand sich eine Parese des linken orbicularis palpebrarum und der linken zygomatici. Diagnose: Residuum einer Blutung im rechten Corticalcentrum für das Gesicht. Trepanation. Es fand sich eine Cyste, die entleert und drainirt wurde. Heilung in 24 Tagen. Innerhalb 5 Monaten ist bei Bromgebrauch kein Krampfanfall mehr vorgekommen und ist Patient anscheinend gesund. Strauscheid.

---

342) **Nonne**: Casuistische Beiträge zum Kapitel der Nervenunfallserkrankungen. (Deutsch. med. Wochenschr. 1892, 27—29.)

Verf. theilt in 15 genau geschilderten Krankengeschichten Unfälle mit, welche von nervösen Erkrankungen gefolgt waren und in denen sich nicht ein einheitliches Bild im Sinne der traumatischen Neurose Oppenheim's entwickelte. Dagegen entwickelten sich im Anschluss an ein Trauma und zwar je nach dem Orte desselben, also je nachdem Kopf oder Rücken getroffen wurde, die typischen klinischen Bilder der Commotio cerebralis resp. spinalis, der Hysterie, der Neurasthenie, die Symptome organischer Affectionen des Rückenmarks oder von Hirnalteration mit psychischen Anomalien etc. Entgegen den Beobachtungen anderer Autoren lässt sich nur in einem Falle eine neuropathische Belastung nachweisen; nur in einem Falle ferner liess sich ein früheres Nervenleiden feststellen und gerade hier trat frühzeitige Heilung ein; auch Alcoholismus liess sich nur in einem Falle nachweisen, ebenso wie in einem Falle eine chronische Bleivergiftung als disponirendes Moment betrachtet werden konnte. Directe Simulation war gänzlich ausgeschlossen, dagegen fand sich in zwei Fällen Uebertreibung, und zwar erwiesen sich diese beiden Fälle später als sicher unheilbar.

Peltesohn.

---

343) Prof. **Schultze**: Zur Lehre von den Nervenkrankheiten nach Unfällen. (Deutsche med. Wochenschr. 1893, Nr. 1 u. 2.)

S. polemisirt in sehr launiger Form und mit dem Tone überlegener Ironie gegen die Oppenheim'sche Anschauung von der traumatischen Neurose. Sie ist für ihn nichts einheitliches, sondern eine Combination von verschiedenen Erkrankungen, welche je nach dem stärkeren Hervortreten einer bestimmten Symptomengruppe jedesmal anders benannt werden müsse. Gesichtsfeldeinengung, Anästhesien, Hyperästhesien, die Frage der Simulirbarkeit einzelner Symptome und die der Simulation überhaupt finden in dem Autor einen witzigen und scharfsinnigen Kritiker, der theils rein theoretisch, theils an der Hand von früher mitgetheilten Fällen seinem Gegner Oppenheim gegenüber seinen Standpunkt wahrt. Nachdem er auch noch gegen die namentlich von der Charcot'schen Schule eingeführte Manier aus gewissen Stigmatis, selbst wenn sie noch so geringfügig sind, die Diagnose auf Hysterie zu stellen, Verwahrung eingelegt hat und die Häufigkeit der Hysterie bei Männern, wenigstens in Deutschland, bestritten hat, bringt er zum Schluss eine neue Beobachtung, welche seine Bedenken gegen die Einheitlichkeit des Krankheitsbildes „traumatische Neurose" sehr gut zu illustriren im Stande ist. Es empfiehlt sich, darüber das Original nachzulesen.

Peltesohn.

344) **Peretti**: Ein Fall von Atrophia nervi optici descendens nach Schädelverletzung. (Deutsche med. Wochenschrift 1893.)

Mittheilung eines Falles von Sehnervenatrophie, welche 14 Tage nach einem Unfalle (Sturz aus der dritten Etage) in Form einer weisslichen Verfärbung der temporalen Hälfte der Papille beobachtet werden konnte. Es hat sich offenbar hier um eine Basisfractur gehandelt; wenigstens sprechen die übrigen Symptome, wie zeitweiliger Verlust des Bewusstseins, Blutung in das Orbitalgewebe mit Protusion des Bulbus, Blutung unter die Lid- und Bindehaut, Augenmuskellähmung und Anosmie für diese Diagnose. Das Sehvermögen, das sich in den ersten Tagen gebessert hatte, wurde im weiteren Verlaufe immer geringer, vielleicht in Folge von Callusbildung im Canalis opticus. Verfasser giebt dann noch die in der Litteratur vorhandene Casuistik über die hierher gehörigen Fälle an.

Peltesohn.

345) **Ludwig Bach**: Exophthalmus, abnorme Pupillenreaction, sowie Augenmuskelstörungen nach Blei-Intoxication.
(Archiv für Augenheilkunde 1893)

Ein 43jähriger Tüncher zeigte beiderseits Exophthalmus und zwar rechts stärker als links, Ptosis, Lähmung und Parese verschiedener äusserer Augenmuskeln, ferner Lähmung ungleichen Grades der inneren Augenmuskeln. Pupillen nicht reflexempfindlich, auch bei der Convergenz unbeweglich. Wurde der Patient eindringlich ermahnt, den vorgehaltenen Finger zu fixiren, so zeigten sich Oscillationen der rechten Pupille mit allmählicher Erweiterung. Die Erweiterung war eine beträchtliche, dauerte durchschnittlich ca. 10 Secunden, worauf eine ziemlich rasche Rückkehr in weniger ausgesprochenen Oscillationen zur Ursprungsweite erfolgte. In fast gleicher Weise wirkte der angestrengte und anhaltende Versuch, die Augenlider zu heben, sowie eine forcirte Blickrichtung nach der Seite der am meisten betroffenen Muskeln. Sehschärfe $R = 1/3$ bei einem hypermetropischen Astigmatismus; doch wurde diese Herabsetzung schon vor vielen Jahren von einem Augenarzt festgestellt, L. - S = 1. Farbenperception normal links, rechts Unsicherheit, Ophth. normal. — Die Anamnese ergab Bleiintoxication, eine vorübergehende Lähmung des rechten Armes vor 2 Jahren. Die Lähmung des rechten Auges sei um eben diese Zeit plötzlich aufgetreten, die anderen Symptome sollen allmählich aufgetreten sein. In Bezug auf das Vorhandensein von cerebrospinalen Erscheinungen untersuchte Privatdocent Sommer den Fall. Das Resumé des diesbezüglichen Berichtes ist: Symptomencomplex der Tabes dorsalis in Verbindung mit einer Reihe anderer Symptome von Seiten des Nerven- und Gefässsystems. Wahrscheinlich schon anatomisch nachweisbare Veränderungen, nämlich Rückenmarksdegenerationen, ein Theil der Symptome jedoch direct aus der Bleiintoxication zu erklären. Interessante Combination von eventuell anatomisch nachweisbarer Nervenzerstörung mit blosser Intoxication — ohne anatomische Zerstörung.

Der Exophthalmus wurde während der halbjährigen Beobachtungszeit allmählich, aber deutlich geringer. Den Exophthalmus führe ich auf eine Sympathicuserkankung und zwar auf eine Erkrankung der medulla oblongata zurück. Es dürfte sich dabei weniger um eine schwere anatomische Läsion des betreffenden Bezirkes handeln, als vielmehr um einen chemischen Process,

eine Giftwirkung auf die betreffenden Partien des Centralnervensystems. Für die von Seiten der äusseren Augenmuskeln vorliegenden Störungen besteht die Annahme einer Nuclearaffection. Bezüglich der inneren Augenmuskeln wird links eine vollständige Lähmung des musc. sphincter pupillae und des musc. ciliaris und zwar eine Kernlähmung angenommen. Für die von Seiten der inneren Muskeln des rechten Auges und der Pupillenreaction vorliegende Störung wird eine Erklärung versucht, die jedoch nur Hypothese zu sein beansprucht. — Weiterhin wird die spontane Erweiterungsfähigkeit der Pupille besprochen.

Das Eigenartige des beschriebenen Falles besteht in Folgendem: Nach einer Bleiintoxication trat eine Erkrankung des Nervensystems auf, die sich durch gleichzeitiges Betroffensein der verschiedensten Apparate auszeichnet. Was die im Vordergrunde des Interesses stehenden Sympathicusstörungen betrifft, so ist daran vor allem der Wechsel in der Intensität der Störung, welche im Allgemeinen als Reizerscheinungen auf toxischer Basis aufzufassen ist, hervorzuheben. (Selbstbericht.)

---

346) Prof. **Jolly**: Ueber Blei- und Arseniklähmung.
(Deutsch. med. Wochenschr. 1893, Nr. 5.)

Verf. stellt im Verein für innere Medicin eine 27jährige Putzmacherin vor, welche in selbstmörderischer Absicht Schweinfurter Grün genommen hatte Sie bekam danach die bekannte Symptomengruppe der Arsenikvergiftung: Gastro-enteritis, Parästhesien an Händen und Füssen, motorische Störungen an den unteren Extremitäten, verbunden mit Ataxie und Erloschensein der Patellarreflexe, Atrophie der Wadenmuskulatur und Hyperästhesie. Ferner hatte sie über Haarausfall, Kältegefühl in der oberen rechten Extremität und in beiden unteren zu klagen und endlich über Schweisssecretion an den Händen. Die Gesichtsmuskeln waren frei, ebenso die Augenmuskeln, auch keinerlei bulbäre Erscheinungen waren nachweisbar. Die Fähigkeit, Urin zu halten oder zu lassen, war nicht gestört. Im Anschluss an diesen übrigens prognostisch ziemlich günstigen Fall bespricht Verf. die Symptomatologie und Prognose der Arsenikvergiftung. Was den Sitz der Veränderungen dabei betrifft, so hält Vortr. das Krankheitsbild für eine multiple Neuritis, während andere Forscher, wie Erlitzky und Rybalkin, auf Grund eines Sectionsbefundes eine centrale Störung und zwar eine Erkrankung in der grauen Substanz der Vorderhörner der trophischen Centren der Muskeln annehmen. Namentlich würde mit letzterer Anschauung sich die regelmässig vorkommende Sensibilitätsstörung und das Freibleiben der Blasenfunction nicht vereinigen lassen.

Im Anschlass hieran beschreibt Jolly die characteristischen Unterschiede zwischen Blei- und Arseniklähmung, die vorwiegende Betheiligung der unteren Extremitäten bei Arsenik, die fast ausschliesslich erste Betheiligung der oberen Extremitäten bei Bleilähmung, ferner die starke Sensibilitätsstörung bei Arsenik und das fast gänzliche Fehlen derselben bei Bleilähmung, endlich die bekannte Erkrankung bestimmter Streckmuskeln am Vorderarm bei Bleierkrankung. Auch die Frage, ob bei Bleilähmung Veränderungen im Rückenmark eine Rolle spielen, ist weder durch die Sectionsergebnisse, noch durch Experimente einheitlich beantwortet worden,

obgleich eine bei Arnold in Heidelberg ausgeführte experimentelle Arbeit (Einathmung von Blei durch Kaninchen und Meerschweinchen mit atrophischen Lähmungen im Gefolge) jedesmal einen positiven Befund, nämlich Herde von Poliomyelitis ergeben hat. Ebenso wenig bringt die Section eines von Jolly beobachteten Anstreichers, der an schwerer Bleivergiftung gelitten hatte, in diese Frage Klarheit. Sie ergab eine ausgesprochene Degeneration in der Peripherie, eine minimale Veränderung im Rückenmark, wie sie jedoch in anderen Rückenmarken auch vorkommen. Jolly glaubt, dass nicht die Acuität der Erkrankung von Bedeutung für die Befunde im Rückenmark ist, sondern dass wahrscheinlich secundär der Process von der Peripherie bis in das Rückenmark hineinwuchert, wenn nur das Blei oft und lange genug einwirkt.

Peltesohn.

---

347) Prof. **Bernhardt**: Kurze Mittheilung über einen Fall von Arseniklähmung.

(Deutsch. med. Wochenschrift 1893, Nr. 5.)

38jährige Frau nimmt Schweinfurter Grün, bekommt danach Erbrechen und Durchfälle. Nach 6 Tagen tritt Kribbeln zunächst in den Beinen ein. 2 Monate später folgender Befund: Mattigkeit und Schwere in den Beinen. Die Waden und Oberschenkel sind stark abgemagert, Kniephänomene sind nicht leicht nachzuweisen, aber doch vorhanden. Sie schwankt bei geschlossenen Augen. In den Knie- und Fussgelenken kommen Bewegungen zu Stande (auch die Dorsalflexion der Füsse ist erhalten) und obgleich das Gehen sehr mühselig ist, so besteht doch keine ausgesprochene Lähmung. Die electrische Erregbarkeit der Muskulatur der unteren Extremitäten ist zwar (quantitativ) erheblich herabgesetzt, aber doch vorhanden. Entartungsreaction besteht nicht. Kitzeln der Fussohle wie passiv vorgenommene Lageveränderungen der Zehen werden nur schlecht wahrgenommen. Dagegen werden gröbere Berührungen, Nadelstiche, Temperaturunterschiede percipirt. An den oberen Extremitäten besteht keine erhebliche Abmagerung, die Bewegungen sind frei, dagegen klagt die Kranke über ein „pamstiges" Gefühl in den Fingern beiderseits, mit Ausnahme beider kleinen Finger. Berührungen werden zwar gefühlt, Kopf und Spitze einer Nadel unterschieden und grössere in die Hände gelegte Gegenstände bei Augenschluss erkannt, aber das Knöpfen, das Erfassen kleinerer Gegenstände etc. geht sehr schlecht. Nach weiteren zwei Monaten geht ein Theil der Symptome zurück. B. glaubt, die Prognose günstig stellen zu können.

Peltesohn.

---

348) Dr. **Eisenlohr**: Ueber einen eigenthümlichen Symptomencomplex bei Abdominaltyphus.

(Deutsch. med. Wochenschr. 1893, Nr. 6.)

E. hat in drei schweren Typhusfällen, von denen einer letal geendet, auf der Höhe der Krankheit eine ungewöhnliche Betheiligung des Centralnervensystems beobachtet. Es waren nämlich die bulbären Nerven auffällig ergriffen, es bestanden hochgradige Lähmungszustände der articulatorischen Apparate, der Lippen, der Zunge, der Gaumenmuskulatur vor-

handen mit erheblichen motorischen Schwächeerscheinungen der gesammten Körpermuskulatur. Die Betheiligung anderer Gebiete des Centralnervensystems, des Sensoriums, der Nervi optici (Neuritis optica) differirte in den betreffenden Fällen. In allen drei Fällen handelte es sich um kräftige Individuen mit hohem Fieber, einer Krankheitsdauer von 38 resp. 40 Tagen (beim dritten tritt am 17. Tage der Tod ein), schnellem Pulse, verbunden mit der Neigung zu peripherer Arteriencontraction, Kälte und Cyanose der Extremitäten. Hervorzuheben ist, dass sich die Sprachstörungen in ihrem Auftreten und Verlauf nicht an die Phasen der Störungen des Bewusstseins, anschlossen, sondern noch bei völliger Klarheit desselben fortbestanden. In dem letal endenden Fall bestand von vornherein (d. h. Anfang der 2. Woche) eine ausgeprägte Neuritis optica auf beiden Seiten mit starker capillärer und venöser Hyperämie der Papillen ohne Blutungen. Im 1. Falle waren die Papillen unverändert, im 2. Falle bestand unzweideutig Hyperämie der Papillen, aber ohne eigentliche entzündliche Veränderungen. Pupillenbewegung ebenso wie der Larynxbefund war normal. Das Sectionsergebniss des 3. Falles war in Bezug auf das macroscopische Verhalten des Centralnervensystems negativ. Die bacteriologische Untersuchung ergab üppig wachsende Culturen eines gelben Coccus, der dem Staphylococcus citreus sehr ähnlich ist. Auf Schnitten der verschiedenen Partien des Centralnervensystems fanden sich ausserdem zahlreiche Bacillen und zwar am wenigsten in den Nerv. optici, häufiger wurden sie im Rückenmark, in der Medulla oblongata und den Centralwindungen des Grosshirns gefunden. In der Oblongata fanden sie sich in jedem beliebigen Schnitt in grosser Anzahl, theils vereinzelt, theils in kleinen Aggregaten, aber doch immer zerstreut. Sie lagen in den Opticis zwischen den Nervenröhren, im Rückenmark und Oblongata theils in den Neurogliabalken, theils in den durch Gefässe markirten Gewebsspalten, gelegentlich auch in den pericellulären Räumen der Ganglienzellen. Typhusbacillen können es nicht gewesen sein, da sie sich nach Gram besonders gut färbten. Die Eigenthümlichkeit der nervösen Symptome ist also wahrscheinlich durch eine Mischinfection bedingt, welche wahrscheinlich auch sonst die Veranlassung zu Erkrankungen anderer Organe bei Typhus ist. Peltesohn.

---

349) **J. G. Edgren:** Tvänne fall af difteritisk förlamning. (Zwei Fälle von diphtheritischer Lähmung.)

(Hygiea 1893, S. 160)

Der erste dieser Fälle bietet kein besonderes Interesse dar.

Im zweiten Falle trat bei einem 10jährigen Knaben 3 Wochen nach dem Eintreten der Diphtherie plötzlich eine complete rechtsseitige Hemiplegie (untere Facialis, Arm und Bein) ein. Zwei Monate später konnte er die Extremitäten wieder ein wenig bewegen, es dauerte aber ein ganzes Jahr, ehe das Bewegungsvermögen vollständig wieder hergestellt war. Gleich nach dem Auftreten der Hemiplegie konnte er gar nicht sprechen, nur einige nasale, unverständliche Laute hervorbringen. Während einiger Zeit fühlte er Zuckungen im rechten Arm und Bein. Die Empfindlichkeit für den electrischen Strom, sowie die Erregbarkeit der Muskeln der rechten Seite war etwas herabgesetzt. Koch (Kopenhagen).

---

350) **Valude**: Un cas d'atrophie optique, à la suite de l'intoxication jodoformique chez un brûlé. Vortrag in Soc. d'ophthalm., 8 avr.
(Le Bullet. méd. 1893. Nr. 31.)

Kleiner Knabe, der wegen ausgedehnter Brandwunden mit Jodoform bestreut wurde. Es stellte sich Erbrechen und gleichzeitig Amaurose ein. Ein Jahr nachher war der Kranke blind: beiderseitige complete weisse Atrophie des Sehnerven, die V. der Intoxication durch Jodoform, nicht der Verbrennung zuschreibt. Buschan.

---

351) **A. Jäckle** (Hornberg): Eclampsie eine Infectionskrankheit?
(Aerztl. Mitth. aus Baden 1893, 2.)

Im ersten Theil der Arbeit berichtet Verf. in eingehender Weise über die bacteriologische Seite der Eclampsiefrage und kommt nach kritischer Besprechung der einschlägigen Litteratur zu dem Schlusse, dass er die Thesen von Gerdes (ohne Eclampsiebacillus giebt es keine Eclampsie u. s. w.) als verfrüht bezeichnet. Im zweiten Theile berichtet er über eine Patientin, bei der in der zweiten Hälfte der Gravidität sich sehr schnell eine Struma entwickelte, die bald zu Erstickungsanfällen führte. Nach heftiger psychischer Alteration erster eclamptischer Anfall von einstündiger Dauer. Einleitung der Frühgeburt mit Freund-Strassburg. Während der Operation 4 eclamptische Anfälle, deren erster bei dem Beginn der Chloroformirung, die in Folge dessen unmöglich war. Heilung. „Ein solcher Krankheitsverlauf von E., dessen Dauer vom Eintritt des ersten bis zum Ablauf des letzten Anfalles kaum 30 Stunden währte und der von einem durchaus normalen Wochenbett gefolgt war, lässt sich jedenfalls nur gewaltsam zu einer Infectionskrankheit stempeln, während die Ursache viel zwangloser in der Dyspnoe und venösen Stauung zu suchen ist.“ Erlenmeyer.

---

352) **Plessner** (Wiesbaden): Morphiumabstinenzerscheinungen und Magen.
(Berl. klin. Wochenschr. 1893, Nr. 9.)

P. ist in der Lage, die von Hitzig gemachte Beobachtung, dass durch längeren Morphiumgebrauch Anacidität des Magens erzeugt wird und dadurch die Abstinenzerscheinungen stürmischer werden, rein empirisch bestätigen zu können, da die Verabreichung von Acid. muriaticum in 15 Entwöhnungskuren, welche er von October 1891 bis December 92 ausgeführt hat, einen sehr günstigen Erfolg hatte. Die unangenehmen Erscheinungen von Seiten des Magens liessen nach und schwanden nach ungefähr 3 Tagen; der Appetit nahm ausserordentlich zu. Nur in einem Falle liess die Verordnung im Stich. Hoppe.

---

353) **C. Binz** (Bonn): Drei Fälle von Vergiftung durch Atropin.
(Centralblatt für klin. Medicin 1893, 2.)

Verf., der die gegengiftige Wirkung des Morphin bei Atropinvergiftung allezeit mit klinischen und experimentellen Beweisen vortrefflich vertheidigt hat, bringt hier drei neue lehrreiche Fälle, von denen einer von ihm in Gemeinschaft mit Prof. Schultze (Bonn) beobachtet worden ist. In dem einen Falle wurde kein Morphin als Gegengift gegeben, der tobende Zustand des Pat. dauerte in unverminderter Heftigkeit zwei Tage an. In den beiden

anderen Fällen hörten die furibunden Atropin-Delirien sofort nach der Morphiumzufuhr auf. Das sind so augenfällige Beweise, dass man die bei manchen Autoren fortbestehende Gegnerschaft gegen die Lehre von der Gegenwirkung des Morphin bei Atropinvergiftung kaum begreift. Dass M. nicht in jeder Atropinvergiftung und nicht in jedem Stadium einer solchen passt, sondern nur in dem Stadium der Erregung, nicht in dem des Collapses, hat Verf. früher schon betont. Ebenso, dass an Stelle des Morphin in dem Erregungszustand Chloralhydrat verordnet werden kann; bei letzterem ist nur die schwächende Wirkung auf das Herz viel grösser und die Anwendung des Chloralhydrat erheischt also grössere Vorsicht. Beachtenswerth ist der Hinweis des Verf., dass in dem Stadium der Atropin-Erregung keine Herzexcitantien gegeben werden dürfen, was sich namentlich gegen die schablonenmässige Verabfolgung von schwarzem Kaffee richtet. Kommt der Arzt so frühzeitig zu einer Atropinvergiftung, dass er das Atropin noch theilweise im Magen vermuthen kann, dann mag er zunächst Tannin geben, welches das Atropin aus seinen Salzen als schwerlösliches Tannat niederschlägt und seine Resorption verzögert. Auch Pilocarpin ist ein Gegenmittel, aber wegen seiner eminent herzschwächenden Wirkung ein sehr zweischneidiges und gefährliches. Sein Antagonismus tritt am deutlichsten hervor durch die mächtige Anregung der durch Atropin stillgestellten Secretionen; aber deren vorübergehende Abwesenheit bedingt keine unmittelbare Lebensgefahr. Desshalb halte man sich mit allen diesen Dingen nicht auf, sondern greife im Excitationsstadium der Vergiftung ohne Bedenken zum Morphium und injicire dasselbe subcutan in dreisten Dosen.

Erlenmeyer.

354) **E. Vollmer** (Bonn): Versuche über die Wirkung von Morphin und Atropin auf die Athmung.

(Arch. f. experiment. Path. u. Pharmak., XXX. Bd.)

Die Arbeit ist im Laboratorium von Binz ausgeführt. Die Ergebnisse der Experimente, die an Hunden angestellt wurden, lassen sich in folgenden Sätzen zusammenfassen:

1. Atropin vermag bei Hunden die unter dem Einflusse von Morphium stehende Athmungsgrösse bald und deutlich zu steigern.

2. Diese Steigerung vollzieht sich am schnellsten, wenn das Atropin nicht erst den Weg durch das rechte Herz und die Lungen nimmt, sondern wenn es direct das Gehirn trifft (arterielle Einspritzung).

3. Der von Heubach, Binz u. A. längst erwiesene gegenseitige Antagonismus zwischen Morphin und Atropin in Bezug auf die Hauptlebensfunctionen des thierischen Organismus ist durch die Versuche des Verf. auch für die Athmungsgrösse nachgewiesen.

Die Protocolle der Thierexperimente und der polemische Theil der Arbeit eignen sich nicht für ein Referat. Erlenmeyer.

355) **Francotte**: Des injections sous-coutanées de phosphate de soude dans le traitement des maladies nerveuses. Sep.-Abdruck 1893.

Verf. hat die von Crocq empfohlene Behandlung Nervenkranker mit subcutaner Injection von phosphorsaurem Natrium, mit welcher Letzterer ähnliche Erfolge erzielte wie Brown Sequard mit Testikelsaftinjectionen,

bei 15 Kranken (Paralyse, Epilepsie, Alcoholismus, Melancholie, Neurasthenie) angewendet. Er injicirte täglich oder mindestens 3mal in der Woche eine Pravaz'sche Spritze anfangs einer 2%igen, später einer 4%igen Lösung und setzte diese Behandlung mehrere Wochen oder Monate fort. Er constatirt, dass diese Injectionen bei der Behandlung Nervenkranker immerhin ein brauchbares Mittel seien. Einen specifischen Einfluss auf das Nervensystem konnte er nicht beobachten, wohl aber erzielte er in vielen Fällen eine bessere Ernährung und Zunahme des Körpergewichts.

Lehmann (Werneck),

---

356) **Gr. M. Hammond** (New-York): The bicycle in the treatment of nervous diseases.

(The journ. of nerv. and ment. disease. Jan. 92.)

Verf. empfiehlt den Gebrauch des Zweirades bei der Behandlung von Nervenkrankheiten, da dasselbe nicht nur eine vorzügliche Muskelübung gewährt, sondern auch Vergnügen mit sich bringt, was letzteres zumal bei Neurasthenie, Hysterie und Hypochondrie von grösstem Werthe ist, da hierdurch die so ausserordentlich schädliche, fortwährende geistige Introspection verhindert wird. So brachte in 6 Fällen von Neurasthenie und in einem Fall von Hysterie das Zweiradfahren rasch völlige Heilung. Auch bei organischen Leiden, die eine Schwächung der unteren Extremitäten bedingen, wie Poliomyelitis anterior und multipler Neuritis hat Verf. ausgezeichneten Erfolg gesehen, indem die systematische Uebung, welche von den Patienten in dieser Form mit Lust und Freude betrieben wurde, rasch eine erhebliche Kräftigung der paretischen Muskulatur hervorrief. In zwei Fällen von abnorm starkem Geschlechtstriebe liess er täglich grosse Strecken fahren bis zu eintretender Ermüdung; er konnte hierbei die alte Erfahrung bestätigt sehen, dass starke körperliche Anstrengung dem Geschlechtstrieb widerstreitet, dass während der Zeit, in welcher der Körper oft ermüdet wird, das Verlangen nach geschlechtlicher Befriedigung fehlt. So genügte auch bei diesen Patienten eine anstrengende Zweiradsfahrt, um die vorher noch so rege Geschlechtslust zum Verschwinden zu bringen. Selbstverständlich schliesst die Benutzung des Zweirades nicht die Anwendung anderer probater Behandlungsmethoden aus. Für Neurasthenische und Hypochondrische ist es wichtig, dass das Erlernen des Fahrens unter Leitung eines geeigneten Lehrers und unter gänzlichem Ausschluss anderer Personen stattfindet, da nur so jede schädliche Erregung während der kurzen Lernzeit vermieden wird.

Strauscheid.

---

357) **Jules Comby**: Le traitement de la chorée.

(Union médic. de Paris 1893, 7. mars.)

In leichten Fällen genügen hygienische Massnahmen: relative Isolirung, körperliche und geistige Ruhe, Aufenthalt in freier Luft, Douchen oder Schwefelbäder. — In schwereren Fällen empfiehlt sich Kalii bromat. oder Antipyrin 2—3 g. p. die. Lassen diese Mittel im Stich, so wird Arsenik in steigender Dosis — C. empfiehlt den liquor Boudin, anfänglich 10 g., dann bis 30—40° ansteigend — indicirt sein; zweckmässig wird man diese Therapie mit hydropathischem Verfahren (kalte Douchen oder feuchte Einwicklung) combiniren.

Buschan-Stettin.

---

358) **Hector W. G. Mackenzie:** Myxoedema and the recent advances in its treatment.

(The Lancet. 21. Januar 1893, pag. 123.)

Eine Uebersicht über die Gefahren, welche die Behandlung des Myxoedems mittelst der Schilddrüse in den letzten 2 Jahren durchgemacht hat, und Empfehlung, die Schilddrüse des Schafes dem Kranken innerlich zu geben. Eine oder eine halbe Drüse oder ihr Extract zweimal wöchentlich genügt im Anfang der Behandlung, später ist wöchentlich nur eine einmalige Darreichung nöthig. White, der Apotheker des St. Thomas-Hospitals, hat aus den Drüsen ein Pulver dargestellt, welches anscheinend den Anforderungen genügt, die man an ein conservirbares Mittel stellt. Bei Basedow'scher Krankheit hat M. die Schilddrüse ohne Erfolg versucht. [Ref. hat sich an seinen 2 Myxoedemkranken (cf. Deutsch. med. Woch. 1893, Nr. 2 u. 11) von der Wirksamkeit der innerlichen Darreichung der Schilddrüse nunmehr auch überzeugt.] Wichmann.

---

359) **F. Vermehren:** Om Myxoedembehandling.

(Hospitalstidende 1893, Nr. 5, S. 125.)

In der Behandlung des Myxoedems sind in den letzten Jahren grosse Fortschritte gemacht worden, indem man angefangen hatte, Stücke von Glandula thyreoidea in den Körper des Kranken zu transplantiren oder subcutane Injectionen mit Extract dieser Drüse vorzunehmen. Prof. Howitz in Kopenhagen ist der erste, der es mit dem gleichen glücklichen Erfolge versucht hat, die glandula Thyroidea innerlich zu geben. Die Behandlung seines ersten Falles fing am 27. März 1892 an und V. giebt nun eine Mittheilung dieses Falles. Die 42jährige Frau hatte seit 7 Jahren an ihrer Krankheit gelitten und bot bei dem Anfang der Behandlung das typische Bild des Myxoedems dar. Es wurden ihr also gekochte, leicht gehackte und auf verschiedene Weise zubereitete Glandulae von Kälbern eingegeben. Schon nach Verlauf von 3 Tagen wurde eine Besserung ihres Befindens constatirt und nach zwei Monaten wurde sie als geheilt entlassen. Später sind einige Male leichtere Recidive vorgekommen, welche bald durch den Genuss einiger weniger Glandulae verschwanden. Jedesmal beim Beginne der Kur trat ein starkes Urticariaexanthem des ganzen Körpers auf. Einige Male traten stenocardische Anfälle auf, welche zu kurzer Unterbrechung der Kur nöthigten. —

Später hat Vermehren bei einer anderen Kranken versucht, statt der Glandulae selbst einen Extract von diesen mit Glycerin in derselben Weise zu geben und auch hierdurch eine bedeutende Besserung wahrgenommen. Koch (Kopenhagen).

---

360) **F. Vermehren:** Nogle Bemoerkningen om Behandlingen af Myxödem.

(Hospitalstidende 1893, S. 389.)

In seiner ersten Mittheilung von der Behandlung des Myxödems mittelst Eingeben von Gl. thyreoiden hat der Verf. schon darauf aufmerksam gemacht, dass während dieser Behandlung plötzliche Anfälle von Stenocardie entstehen können. Er hat später mehrere Fälle in dieser Weise behandelt. Nur hat er statt der Glandulae selbst ein Präparat von diesen angewandt, welches in folgender Weise zubereitet wird: Die gereinigten Glandulae von

Kälbern werden mit der doppelten Menge Glycerin in 24 Stunden extrahirt. Nach wiederholter Filtration durch Watte wird mit Alcohol. absol. gefaellt, wodurch ein graugelber Niederschlag entsteht. Dieser lässt sich zu einem Pulver verreiben, welches in Pillen gegeben wird. Eine 61jährige Frau, welche 10 Jahre an Myxödem gelitten hatte, wurde mit diesem Präparat behandelt. Anfangs erhielt sie 20 Centigramm pro die, später 30 Centigramm. Nachdem sie 4 Tage diese Dosis erhalten hatte, bekam sie starke Unruhe. Die Herzaction war gut, die Töne etwas dumpf, aber rein. Jedoch wurde das Mittel ein paar Tage reponirt. Nachdem sie wieder angefangen hatte, 15 Centigramm täglich zu brauchen, schritt die Besserung vorwärts. Aber des Abends an dem 17. Tage der Behandlung collabirte sie plötzlich und starb mit allen Zeichen einer Herzlähmung.

Eine andere Frau, 59 Jahre alt, hatte an Myxödem 14 Jahre lang gelitten. In den letzten Jahren hatte sie öfters Anfälle von plötzlichem Coma mit geschwächter Herzaction gehabt; das Jahr vorher hatte sie eine leichtere Hämorrhagia cerebri. Die Herztöne waren rein, aber sehr schwach, der zweite Ton kaum hörbar. Sie bekam gekochte Glandulae, anfangs eine halbe, später $^1/_4$ Glandula täglich. Einige Anfälle von Präcordialangst und Dyspnoe traten ein, schwanden aber, als die Dosis verringert wurde. Ungefähr 11 Wochen nach dem Anfange der Behandlung traten ernste Herzzufälle ein, welche im Laufe eines Tages den Tod herbeiführten.

Dasselbe Präparat — der Verf. nennt es Thyrëoidin — welches im ersten der referirten Fälle benutzt wurde, wurde um dieselbe Zeit an zwei andere Patienten gegeben, ohne toxische Zufälle hervorzurufen.

Jedoch mahnen diese Resultate sehr dazu, vorsichtig in der Anwendung dieser Mittel bei Kranken mit geschwächter Herzaction zu sein. Auch Murray hat auf vier mit Injection von Glandulaextract behandelte Fälle zwei Todesfälle gehabt (Brit. med. Journ., Aug. 92). Der Verf. räth desshalb, nicht mehr als ein Gramm der Drüsensubstanz oder 5 Centigramm Thyrëoidin täglich bei älteren, geschwächten Individuen zu geben.

Koch (Kopenhagen).

---

361) Prof. **Paul Kowalewsky** in Charkoff: Zur Behandlung der Syphilis des centralen Nervensystems.

Sep.-Abdr. aus Archiv f. Dermathologie u. Syphilis 1893. Wien u. Leipzig. 24 Seiten.

Die reichen Erfahrungen, die der bekannte russische Neurologe im Schwefelbade Piatigorsk im Kaukasus, woselbst Tausende von Luetikern zusammenkommen, sowie in der eigenen Praxis in Mittelrussland gesammelt hat, veranlassen ihn, dieselben der deutschen Leserwelt bekannt zu geben.

Für die Behandlung der Gehirnsyphilis ist von Wichtigkeit, dass die Lues sehr selten die einzige Ursache für die Erkrankung des Nervensystems abgiebt, dass sie sich vielmehr beinahe immer zu anderen Krankheitsursachen, wie neuropathischer Belastung, Alcoholismus, Tabakexcessen, sexuellen Ausschweifungen, anstrengender geistiger Thätigkeit, Trauma u. a. m., welche schon früher auf den Körper schädlich eingewirkt hatten, hinzugesellt. Dieser Umstand ist nicht nur für die Therapie, sondern auch für die Prognose von grosser Bedeutung. — Solches vorausgeschickt, beschäftigt sich K. eingehend mit der specifischen Behandlung.

I. Behandlung mittelst Quecksilbers. Die Wirkung derselben stellt K. sich in der Weise vor, dass dasselbe in Folge seiner besonderen Affinität zu den Albuminaten des Organismus, in diesen in gehöriger Menge eingeführt, zerstörend auf die albuminösen Gewebe einwirkt, zunächst auf dasjenige Gewebe, das zur Zeit am wenigsten widerstandsfähig erscheint, d. h. auf die syphilitischen Neubildungen und nach diesen auch auf das gesunde Gewebe. Werden diese Zerfallsproducte aus dem Körper entfernt, so bleibt immer noch das specifische Contagium in demselben zurück und ist zu neuen pathologischen Bildungen fähig, wofern nicht der bei der Behandlung anzubahnende gesteigerte Stoffwechsel dasselbe auch aus den normalen Geweben heraustreibt. — Von den verschiedenen Methoden, das Quecksilber dem Körper einzuverleiben, verdient die Unctionsmethode den Vorzug. Die Grösse der Dosis ist davon abhängig, ob es sich um acute oder chronische Fälle handelt. In ersteren Fällen bindet K. sich an keine Vorschrift; er lässt im Durchschnitt 6—8 g. grauer Salbe p. die einreiben; in subacuten Fällen verordnet er 4 g, in chronischen 1—2 g, aber auf längere Zeit hindurch. Die Frictionen müssen so lange fortgesetzt werden, als Anzeichen der Lues vorhanden sind, und darüber hinaus noch 15—20 an der Zahl. Zu Piatigorsk z. B. pflegte K. 60—80 Einreibungen (täglich eine bis zwei), dabei aber gleichzeitig heisse Schwefelbäder zu ordiniren.

II. Behandlung mittelst Zittmann-Decoct. K. verschreibt mit Vorliebe dasselbe (decoct. fortius) in Fällen, wo nach einer energischen Mercurialkur noch Residuen der Krankheit, wie Paresen, Anästhesien, Neuralgien, geistige Schwäche u. s. w. zurückbleiben. Das Zittmann-Decoct wirkt einmal auf syphilitische Neubildungen, zum andern steigert es die Thätigkeit der Secretionsorgane.

III. Behandlung mittelst Jodpräparaten. Jodkali ist wegen seiner nachtheiligen Wirkung auf das Herz zu vermeiden. Daher wendet K. Jodnatrium, auch Jodlithium an. Es sind im Allgemeinen grosse Dosen von 2—8—12—16 g p. die nöthig. K. beginnt mit 0,5 Natr. jodat. Abends und Morgens (in einer grossen Quantität Milch), steigt jeden Tag um 0,3—0,5 bis auf 12 g p. die und lässt diese Dosis 7—10 Tage beibehalten. Ist dann die Dosis allmählich wieder vermindert, so wird nach 7—14 Tagen Erholung das Verfahren wiederholt. Sehr günstig wirken bei dieser Kur trockenes und warmes Wetter; im Winter und bei feuchtem Wetter ordinirt er daher schwächere Dosen, nie über 8 g Natr. jod. hinaus. — Stets Herz- und Nierenthätigkeit überwachen. Um Magenstörungen vorzubeugen, ist das Medicament in Milch oder kohlensauren Wässern zu verabreichen. Ob Mercur oder Jod oder beides gleichzeitig in Anwendung zu bringen ist, muss der Versuch entscheiden.

IV. Behandlung mittelst Schwefelbädern. Dieselben sind gar nicht von specifischer, doch immerhin von nicht zu unterschätzender Wirkung. Drei Indicationen bestehen für dieselben: 1. als Vorbereitung zu Mercurial- und Jodkuren, um dem Mercurialismus bezw. Jodismus vorzubeugen, 2. zu diagnostischen Zwecken; heisse Schwefelbäder von 32—34° (aber nur solche, nicht allein warme) sind im Stande, in zweifelhaften Fällen sichtbare Symptome der Syphilis hervorzurufen; 3. als Heilmittel durch Beschleunigung des Stoffwechsels. — Allen Schwefelbädern steht Piatigorsk wegen seiner

eminent günstigen klimatischen Verhältnisse (heisses Klima, trockene Luft, trockene Winde u. a.) voran. K. verschreibt tägliche Bäder, im Beginne solche von 27 Grad R., dann bis auf 32 Grad steigend und schliesslich wieder auf 27 Grad zurückgehend. Er steht hinsichtlich der Wasserwärme demnach mit verschiedenen Autoren im Widerspruch.

Im zweiten Theile seiner Abhandlung berührt K. einzelne Formen der Störungen auf syphilitischer Basis.

a) Kopfschmerz: Neben der antisyphilitischen Behandlung Laxantien, Cardiaca, Sedativa und besonders Derivantien zum Nacken.

b) Schwindel, Uebelkeit: Spanische Fliege oder Thermocauterisation oder Herz regulirende Mittel (Convalaria, Adonis, Strophantus).

c) Epilepsie: 1. hereditäre medulläre. Bromate und ein Jahr lang Jodpräparate (Natr. oder Ferr. jod., 0,2—0,4 p. die) dazu. 2. Hereditäre corticale (Rindensyphilome). Energische specifische Behandlung in Gestalt grosser Joddosen und starker Quecksilbereinreibungen; gleichzeitig Brom, 1—1,5 g p. die — im Verlaufe der ganzen Behandlung. 3. Erworbene. Specifische Behandlung; in zweiter Linie Bromate, Electrisiren etc. 4) Epilepsie, deren Ursache in einer Narbe liegt, welche das Ueberbleibsel eines Gumma ist. Sehr hartnäckig. Specifische Behandlung ohne Werth; gute Erfolge von längerer beharrlicher Anwendung des constanten Stromes am Kopf zu erwarten; täglich 5—10 Jahre lang. Daneben auch Bromate während 2 Jahren, aber in schwachen Dosen (1—1,5 g) und Jodpräparate während des ersten Jahres der Behandlung.

d) Paralysen: Ausser specifischer Behandlung noch Massage, Gymnastik, Electrisiren.

e) Anästhesieen: Faradischer Strom und Kathode des constanten Stromes. Hyperästhesien und Neuralgien: Anode.

f) Opticusatrophie: Specifische Behandlung wirkt hier oft genug verschlimmernd. Die Dosis ist zum mindesten herabzusetzen (0,3 g Salbe) oder die Kur ganz einzustellen. Dagegen empfiehlt K. den constanten Strom auf die Regionen des Sehnerven.

g) Psychische Störungen: Anstaltsbehandlung.

h) Tabische Erscheinungen: Trotz des widersprechenden Urtheiles einer grossen Anzahl Autoren über Quecksilberkuren bei Tabes empfiehlt K. eindringlich, dieselben zu versuchen, da er nie eine schädliche Wirkung, in vielen Fällen zwar Erfolglosigkeit, in noch mehr Fällen dagegen Besserung resp. Heilung beobachtet hat. Daher Mercur, Jod und nebenbei antinervöse Behandlung.

i) Spinalparalyse: Dieselbe Behandlung.

k) Progressive Paralyse: K. leitet hier nicht nur in solchen Fällen, wo der syphilitische Ursprung erwiesen ist, sondern auch dort, wo er vermuthet wird, die specifische Behandlung ein; gleichzeitig verordnet er Schwefelbäder, Cauterisation, Electrisiren und andere antinervöse Methoden. „Bei dieser Behandlungsart habe ich nicht wenig Fälle von Besserung, in einzelnen Fällen sogar Heilung der Paralysen und Pseudoparalyse syphilitischen Ursprunges beobachtet“. Buschan.

362) Dr. **Franz C. Müller**-Alexanderbad: Ueber die hydropathische Behandlung der Neurasthenie. Verhdl. d. Allgemeinen deutschen Bäderverbandes. Offic. Bericht über d. 1. öffentl. Versammlung zu Kösen. 1892. Im Selbstverlage. 1893. S. 66—79.

„Eine rationell geleitete Wasserkur ist das beste Antineurasthenicum"; freilich gehört dazu auch die nöthige Zeit. Verfasser empfiehlt auf Grund reicher Erfahrungen folgende Methoden:

1) Kühle resp. kalte Abreibungen; an Stelle derselben auch Abklatschungen (M. ist mit letzteren nicht so zufrieden). Temperatur im Anfange 22—20 Grad R., dann langsam um je 2 Grad fallend bis auf die natürliche Wärme des Quellwassers. Individualisiren. Die Methode Ziemssen's empfiehlt sich nur für eine Kur ausserhalb der Anstalt. Unter gewissen Bedingungen kann Abreibung auch durch eine kräftige Regendouche ersetzt werden; doch Vorsicht wegen Einwirkung auf den Kopf. — Bei ungenügend erwärmter Haut vor dem Abreiben künstliche Wärmestauung durch feuchte oder trockene Einpackungen; kurze Dampfbäder nur von unvollkommenem Ersatz.

2. Sitzbäder; auf diese setzt M. grosses Vertrauen. Im allgemeinen mittlere Temperaturen (22—18 Grad R.) von 5 Minuten Dauer. Empfehlen sich besonders bei solchen Neurasthenikern, die durch abnorme gesteigerte Geistesarbeit oder durch Arbeiten , welche das Auge anstrengen, sich eine Neigung zu häufigen Kopfcongestionen erworben haben, ferner bei solchen, deren sexuelle Bedürfnisse entweder zu stark ausgeprägt oder gemindert sind, bei nervösen Dyspeptikern.

2. Halbbäder; auch von grossem Nutzen, wirken oft erfrischender und nachhaltiger als Abreibungen. Temperatur zwischen 24 und 16 Grad, von 1—5 Minuten Dauer, mit darauffolgender kalter Begiessung oder noch besser kurzer Bedouchung des Rückens und sorgfältiger Trockenreibung.

4. Wannenbäder. Als Schlafmittel. Temperatur 25—27 Grad; Dauer $^1/_2$ Stunde und darüber hinaus.

5. Bassinbäder. Bedingung: Absolute Gesundheit des Herzens und der Gefässe und Alter unter 45 Jahr. Vorausgehende Einpackung, sofort dann in's Bassin von Quellenwärme, Bewegung in demselben während 15 bis 20 Secunden und schliesslich energisches Frottiren.

6. Wellenbäder, Sturzbäder. Sehr günstige Erfolge, jedoch nicht unter 12 Grad R. herabgehen, von $^1/_2$ bis höchstens 2 Minuten Dauer. Unmittelbar darauf Trockenreibung. Contraindication: Verdächtige Arterien oder Fettherz.

7. Theilbäder. a) Handbäder — kalte bei Herzpalpitationen von gutem Erfolge — und Fussbäder; M. spricht sich lobend über fliessende kalte Fussbäder aus. b) Kreuzbinden (Stammeseinpackung), Leibbinden und Wadenbinden — vorzügliche Sedativa resp. Hypnotica.

Die übrigen Formen der Hydrotherapie werden von M. nur kurz erwähnt. Buschan.

363) **O. Terillon** (Paris): Traitement chirurgical des rétractions musculaires succédant aux contractures spasmodiques.

(Nouvelle iconographie de la Salpêtrière 1891, Nr. 4.)

Wenn nach Heilung einer spastischen Lähmung die hierdurch hervorgerufene Contractur zurückbleibt, weil sich inzwischen die Muskeln verkürzt und die Gelenkkapseln verdickt haben, so kann eine geeignete chirurgische Behandlung oft völlige Heilung herbeiführen; erstere besteht in Myo- resp. Tenotomie der verkürzten Muskeln, gewaltsamem Zerreissen der fibrösen Stränge, die die Gelenkkapsel umgeben, in der Narkose und Sicherstellung des gewonnenen Resultates durch Verbände, später Massage, Electricität. So hat F. zwei Patientinnen Charcot's geheilt, von denen die eine an einer spitzwinkligen Beugecontractur im Kniegelenke nach einer Hemiplegie ex Haemorrhagia cerebri, die andere nach einer Myelitis transversa an einer so hochgradigen Contractur der beiden unteren Extremitäten litt, dass die Kniee fast das Kinn berührten. Strauscheid.

---

364) **J. Batty Tuke:** Remarks on the surgical Treatment of Intracranial fluid Pressure.

(Brit. medic. Journ., 16. I. 92, pag. 105.)

Mittheilung eines weiteren Falles von allgemeiner Paralyse nach Influenza, bei welchem nach Herausmeisselung symmetrischer Knochenstücke auf beiden Seiten des Schädels vorübergehende Besserung der durch Hirndruck bedingten Symptome verursacht wurde. Section fehlt. T. sagt im Anschluss, der Fall bestätige die an ähnlichen Fällen gemachten Erfahrungen. So lange der Flüssigkeitsdruck durch Drainage herabgesetzt werden kann, lassen die Symptome nach; heilt die Wunde, so kehren sie wieder und der Fall verläuft tödtlich. Es wird dann noch die Drainage durch Punction des Durallackes des Rückenmarkes in der Lendengegend besprochen.

Wichmann (Braunschweig).

---

365) **R. W. Murray:** Cerebral abscess, operation, recovery.

(The British medical Journal, 13. Febr. 1892.)

Ein fünfjähriges Mädchen erleidet ein Schädeltrauma auf das rechte Seitenwandbein. Nach 14 Tagen epileptiforme Krämpfe im linken Arm und Facialis; Abnahme der motorischen Kraft im linken Arm. Kein Schmerz, kein Erbrechen, kein Fieber. Untersuchung des Kopfes ergab: kleine verschorfte Wunde auf R. os parietale entsprechend der Grenze zwischen oberem und mittlerem Drittel der Rolando'schen Furche. Die Sonde dringt auf rauhen Knochen und durch ein Loch in demselben in den Schädel. Operation; Eröffnung des Abscesses; Heilung.

Wichmann (Braunschweig).

---

366) **Charles Mills** und **W. W. Keen** (Philadelphia): Jacksonian epilepsy Trephining. Removal of small Tumor and Excision of Cortex.

(Amer. Journ. of Med. sc. Dec. 1891.)

Bei einer 27jährigen Epileptica wurde ein Tumor nahe der Fiss. Rolandi angenommen. Nach Trepanation des fast einen halben Zoll dicken Schädels präsentirte sich der Tumor, der nebst der angrenzenden Corticalschicht excidirt wurde. Die Anfälle sind seltener geworden, hörten

aber nicht auf. Da der Tumor sarcomatös war, können mehrere Herde im Gehirn angenommen werden. Es wird hervorgehoben, dass man vielleicht in der Faradisation ein werthvolles Diagnosticum finden kann. Wenn man durch Faradisation der Corticalis einen epileptischen Anfall und keine Einzelzuckung bewirkt, wäre die Corticalis zu entfernen, auch wenn sie anscheinend gesund ist. Henrik Dedichen (Horten).

---

367) **A. Cristiani** (Lucca): Su due casi di ruminazione nei pazzi.
(Riv. sper. di freniatria 1892, Bd. 18, H. 1.)

Bei 2 Idioten, die ein ausserordentlich starkes Hungergefühl hatten und ihr Essen sehr hastig, ohne es klein zu kauen, verschlangen, trat zunächst Aufstossen und Erbrechen nach dem Essen ein; später entwickelte sich hieraus, offenbar gefördert durch die Lust der Kranken, ihren Hunger nochmals stillen zu können, Wiederkäuen. Verf. konnte bei seinen Patienten nachweisen, dass das Wiederkäuen keineswegs durch einen Verschluss dse Pylorus bedingt sei und dass bei dem Akte der Regurgitation die Bauchmuskeln sich sehr stark contrahirten, was von anderer Seite geleugnet worden war. Die Rumination wird vom Verf. als ein atavistisches Symptom aufgefasst. Strauscheid.

368) **E. L. Dunn** (Wakefield): On so called paranoia.
(The journal of mental science. Jan. 1893.)

Auf der vorjährigen britischen Aerzteversammlung trug D. seine Uebersicht über die deutsche Lehre von der Paranoia, dem französischen delire chronique, vor. Leider fand diese Darstellung sehr wenig Anerkennung und zogen die meisten Debatter vor, bei ihren vielen ausführlichen, aber darum nicht klareren englischen Bezeichnungen zu bleiben.

Strauscheid.

369) **A. Joffroy**: Contribution à l'anatomie pathologique de la paralysie générale.
(Archives de médecine expérimentale et d'anat. path. 1892. Nr. 6.)

Bei einer 33jährigen paralytischen Frau, welche früher Syphilis durchgemacht hatte, entwickelte sich ausser einer hochgradigen allgemeinen Muskelschwäche eine circumscripte Muskelatrophie der linken Hand. Bei der Autopsie fand sich eine hochgradige Atrophie der Hirnrindenzellen und der Nervenfasern, während die Gefässe und das interstitielle Gewebe verhältnissmässig viel leichtere Veränderungen zeigten. Im Rückenmarke fand man eine starke Atrophie des linken cervicalen Vorderhorns, sowie eine geringere pigmentöse Degeneration der übrigen Ganglienzellen der gesammten grauen Substanz. Von der weissen Substanz waren die Seitenstränge vollkommen intact und nur in den Hintersträngen fand sich eine ganz leichte Andeutung von Sclerose.

Es handelt sich also hier nach Ansicht des Verf. um eine cerebrospinale Erkrankung, welche im Rückenmark sowohl wie im Gehirn, in der ganzen Länge der cerebrospinalen Achse wesentlich durch eine primäre Erkrankung der nervösen Zellen characterisirt ist. Vielleicht werden diese und ähnliche Erkrankungen später einmal aus der grossen Krankheitsgruppe der Paralyse als eigenartiges Krankheitsbild ausgesondert werden.

Strauscheid.

---

370) **Dagonet**: Manie périodique.

(Bulletin de la soc. de méd. ment. en Belgique 1893, 68.)

Verf. schildert einen Fall von periodischer Manie, welcher nach 37-jährigem Bestehen noch in Heilung übergegangen sein soll.

Hereditäre Prädisposition bestand nur in geringem Maasse. 1853 trat im Alter von 24 Jahren nach einem kurzen Depressionsstadium die erste 3 Monate dauernde Erregung auf. Ihr folgten bis 1867 6 weitere Anfälle in unregelmässigen Intervallen. Von da an trat die Krankheit periodisch auf mit ungefähr 5 Anfällen im Jahre. Die Gesammtdauer der Anfälle betrug pro Jahr 7 Monate; dieselben waren unter sich gleichartig: kurzes durch Depression characterisirtes Prodromalstadium, dann brüskes Ausbrechen der tobsüchtigen Erregung, dieser folgt ein Stadium der Erschöpfung und diesem ein völlig lucides Intervall. Trotz gut erhaltenen Gedächtnisses besteht keine Erinnerung an die Erregung. Die grosse Aehnlichkeit mit psychischer Epilepsie ist unverkennbar. Seit 1890 haben diese Anfälle nachgelassen, an Stelle derselben traten anfangs noch Anfälle von Schluchzen auf, die auch vorher schon zwischen dem Prodromalstadium und der Akme beobachtet wurden. Im März 1893 ist die Pat. als völlig geheilt entlassen worden und soll keine Abschwächung der Intelligenz gezeigt haben. Als wichtiges therapeutisches Mittel empfiehlt Verf. grosse Dosen Bromkali bis 15,0 p. die.

Lehmann (Werneck.)

IV. Zur Tagesgeschichte.

Die Verhandlungen der deutschen Irrenärzte in Frankfurt haben mehrfache Reactionen, z. B. von Seiten der Herren Hafner, v. Bodelschwingh, Stöcker u. a. hervorgerufen und beginnen, in den politischen Zeitungen erörtert zu werden. Diese Rückäusserungen hängen inhaltlich so zusammen, dass wir sie (im nächsten Heft) im Zusammenhang behandeln wollen, nachdem unterdessen vermuthlich noch weitere gegen die Frankfurter Versammlung gerichtete Artikel erschienen sein werden. — Jedenfalls hat der Verein der deutschen Irrenärzte das Verdienst, eine Reihe von Fragen, die von principieller Bedeutung für jede staatliche Organisation sind, energisch in den Vordergrund gerückt zu haben.

Sommer.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XVI. Jahrgang. 1893 August. Neue Folge IV. Band.

I. Originalien.

I.

Ueber Freiheit, Zurechnungsfähigkeit, Verantwortlichkeit.

Von P.

Freiheit ist eine Verneinung und bedeutet nichts als Abwesenheit von Zwang. Es hat daher keinen Sinn, von der Freiheit schlechtweg zu sprechen, sondern es muss angegeben werden, wer frei sei und von welchem Zwang. In letzterer Hinsicht kann man eine beliebig grosse Zahl der Arten der Freiheit unterscheiden. Spricht man von der Freiheit des Willens, so ist damit gemeint, Freiheit des Menschen als eines wollenden, bezw. handelnden, da es unzulässig wäre, dem Willen als solchem Freiheit zuzuschreiben. Die Freiheit des Willens kann man trennen in eine äussere und eine innere. Zu jener gehört die politische, sociale Freiheit, mit dieser, die man auch als psychologische Freiheit bezeichnen kann, haben wir uns zu beschäftigen.

Der Begriff, der uns in erster Linie interessirt, ist der der Zurechnungsfähigkeit. Derselbe ist im Laufe der Entwickelung des Rechtes entstanden. Die roheste Auffassung ist die, dass der Urheber der verbotenen That in jedem Falle bestraft wird. Sie erlitt vielleicht zuerst durch abergläubische Vorstellungen Einschränkung, insofern man annahm, dass der Mensch nicht immer der Thäter seiner Thaten sei, vielmehr u. A. durch ihn ein anderes Wesen wirke, sei es ein Gott (Einwohnung), ein Dämon (Besessenheit), ein anderer Mensch (Behexung). Frühe aber musste man sich sagen, dass die Folgen der Handlung dem Menschen nicht zugerechnet werden können, sobald er sie nicht gewollt hat oder nicht voraussehen konnte, sobald sie durch zufällige Umstände oder unverschuldeten Irrthum herbeigeführt wurden.

Weiterhin musste die Verantwortlichkeit eine Begrenzung finden, indem sich einmal der Unterschied zwischen Fahrlässigkeit und strafbarem

Willen (culpa und dolus), andererseits der zwischen der Handlung eines normalen und der eines abnormen Menschen dem Bewusstsein aufdrängte. Nur dann trifft nach dem entwickelten Rechtsgefühle den Thäter die eine verbotene Handlung bedrohende Strafe, wenn er die That gewollt hat und sein Wille nicht durch abnorme Zustände einem Zwange unterlag. Wenn sein Wille frei von einem solchen Zwange war, ist die Bedingung der subjectiven Zurechnungsfähigkeit gegeben. Es sind also (bei Erwachsenen) die vom Recht gemeinte*) Freiheit des Willens und die Zurechnungsfähigkeit Wechsel-Begriffe. Wieder aber ist die Freiheit, indem sie in dem normalen Ablaufe des Motivationsvorganges besteht, gleichbedeutend mit geistiger Gesundheit. Derjenige, welcher über den Zustand der letzteren entscheidet, bezw. nachweist, inwieweit Störungen in der Willensbildung eingetreten sind, d. h. der Arzt entscheidet auch über den Grad der Freiheit oder Zurechnungsfähigkeit. Practische Schwierigkeiten ergeben sich nur dadurch, dass die Bedürfnisse der Rechtsprechung da Grenzen suchen lassen, wo die Natur keine solchen gesetzt hat. Zunächst ist die geistige Gesundheit, wie die Gesundheit überhaupt, ein Ideal. Eine absolute Freiheit besteht daher auch in dem hier gebrauchten Sinne nicht. Andererseits muss die Unfreiheit, d. h. die Verminderung der Zurechnungsfähigkeit, einen gewissen Grad erreicht haben, ehe das für den Gesunden berechnete Rechtsverfahren aufgegeben werden kann. Eine unabsehbare Stufenleiter führt von der fast vollständigen Freiheit zu der gänzlichen Unfreiheit und desshalb giebt es natürlich unendlich viele Grade der Zurechnungsfähigkeit. Auch hier heisst es natura non facit saltum. Damit streitet das practische Bedürfniss, welches ein Entweder-Oder haben möchte. Der Arzt kann sich auf das letztere nicht einlassen, er kann aber ebenso wenig die Frage nach der Zurechnungsfähigkeit ganz ablehnen, etwa sagen, das eine geht in's andere über, also hat es keinen Sinn, zwischen Freiheit und Unfreiheit einen Strich zu machen. Eine blosse Ausflucht würde es sein, wenn er meinte, bei der Untersuchung eines Angeklagten nur das Vorhandensein einer geistigen Störung überhaupt nachweisen zu sollen. Nicht darauf, sondern auf den Grad der Störung geht die Frage. Es gilt also, einen Mittelweg zu finden. Thatsächlich wird, sobald ein stärkerer Grad von Krankheit besteht, vollständige Unfreiheit angenommen, während in den Fällen leichterer oder zweifelhafter Störung entweder auf „verminderte Zurechnungsfähigkeit“ oder auf „mildernde Umstände“ erkannt werden kann. Das deutsche Strafgesetzbuch kennt nur die letzteren. Dieser Umstand ist bedauerlich, weil das Gesetz nicht bei allen verbotenen Handlungen mildernde Umstände zulässt, die letzeren eher den Grad als die Form der Strafe zu ändern geeignet sein dürften und weil Verurtheilung doch Verurtheilung bleibt. Andererseits ist der Begriff der verminderten Zurechnungsfähigkeit in praxi schwer zu handhaben, weil die Gradbestimmung oft mehr fordert, als unser Wissen leisten kann und Missbräuche schwer zu vermeiden sind.

---

*) Anmerkung: Dabei ist zuzugeben, dass möglicher- oder thatsächlicherweise bei dem Gesetzgeber ein anderer Freiheitsbegriff sich eingemischt hat. Wenigstens findet man auch heutzutage bei Rechtslehrern oft geschraubte und sehr unklare Erörterungen über „sittliche Freiheit“. Das Wesentliche ist aber, dass die unbefangene Auslegung des gegebenen Rechtes, d. h. Gesetzes, sich durchaus die hier vertretene Auffassung aneignen kann.

Die Zustände, in welchen der Motivationsvorgang gestört ist, sind die seelischen Krankheiten im engeren Sinne, die angeborenen krankhaften Seelenzustände, die vorübergehenden Alienationen, welche sich als Fieberdelirium, Rausch, Betäubung u. s. w. darstellen. Ferner gehören hierher die Schlaftrunkenheit, die Befangenheit in hypnotischen Suggestionen, die Unfreiheit durch Gewohnheit (Laster), übermächtige Gemüthsbewegungen (krankhafte Affecte und Leidenschaften). Es ist selbstverständlich, dass der Zustand von Unfreiheit, wenn er durch fahrlässige Verschuldung herbeigeführt ist, auch als solcher für strafbar erachtet werden kann, oder dass doch bei verbotenen Handlungen Unfreier die Fahrlässigkeit Strafgrund werden kann.

Eine ernsthafte Schwierigkeit scheinen der Beurtheilung nur die (auf jeden Fall äusserst seltenen) Menschen zu bieten, welche man im strengen Sinne des Wortes geborene Verbrecher nennen kann und bei denen ausser der ungewöhnlichen Bösartigkeit des Characters keine anderen geistigen Störungen bestehen. Wenn es solche Wesen überhaupt giebt, kann man in zweierlei Weise über sie urtheilen. Man kann sagen: Da der menschliche Typus in moralischer Hinsicht ein gewisses Mittel zwischen Gut und Böse darstellt mit einer zwar verschieden grossen, aber doch nie ganz fehlenden Milderung des Egoismus durch Mitgefühl und sociale Instincte, so stellt ein Mensch, bei dem die sonst wirksamen Mittel (Erziehung, Drohung, Strafe) gar nicht anschlagen, bei dem Mitgefühl nicht besteht und dessen rücksichtsloser Egoismus durch nichts zu beschränken ist, eine Abweichung vom Typus dar, die, da sie der Gattung nachtheilig ist, nicht anders als krankhaft genannt werden kann. In einer solchen Missbildung ist keine normale Motivation möglich, ihr kommt die Freiheit des normalen Menschen nicht zu. Andererseits kann man betonen, dass das ordinär böse ganz allmählich in das pathologisch böse übergeht. Besteht keine intellectuelle Störung (kein Schwachsinn, der das Maass der landesüblichen Dummheit übersteigt), ist keine Anomalie der Stimmung vorhanden, so ist nicht einzusehen, warum das vom Gesetz geforderte Maass von Freiheit nicht trotz des abnormen Characters erreicht werden soll. Practisch kann die Differenz der Meinungen nicht von grosser Bedeutung sein, denn wenn die Thaten, auf welche allein die Diagnose sich stützen kann, gegeben sind, muss von beiden Gesichtspunkten aus die dauernde Ausschliessung des pathologisch Bösen aus der Gesellschaft gefordert werden. Natürlich ist es absurd, sich über den gewöhnlichen Bösen zu erzürnen, den pathologisch Bösen aber zu bemitleiden. Bei genauerer Ueberlegung wird man jedoch einsehen, dass nur die Auffassung des (supponirten) pathologisch Bösen als eines Unfreien folgerichtig und wirklich wissenschaftlich ist. Wenn auch heutzutage die juristische Auffassung sich oft der zweiten Ansicht nähert, so ist sie doch auf die Dauer nicht aufrecht zu erhalten, da ihre psychologische Grundlage mangelhaft ist. Die Meinung, man könne, weil Uebergänge zwischen gewöhnlicher und pathologischer Schlechtigkeit bestehen, beide nicht trennen, ist so wenig begründet wie die Ansicht, dass man es aufgeben solle, zwischen Gesunden und Kranken zu unterscheiden.

Der wollende Mensch hat unter gewöhnlichen Umständen das Gefühl der Freiheit. Er fühlt sich frei von jedem Zwange und unterscheidet

dieses freie Wollen von dem durch äussere Umstände oder durch einzelne mächtige Triebe erzwungenen. Jeder Entschluss ist das Product aus dem Motiv und dem Character. Wäre das Motiv nicht vorhanden, so würde kein Wollen zu Stande kommen, dass aber diese oder jene Vorstellung Motiv wird, das hängt von der Art des Characters ab. Insofern nun der Entschluss auf dem Character beruht, erscheint er als ein Ausfluss des eigenen Wesens und als ein freier. Der Mensch kann ferner dem gelegentlichen Motiv aus seiner Erinnerung nach Belieben andere entgegenstellen und kann, indem er einzelne Zweckvorstellungen zu Grundsätzen verwerthet, sein Handeln zu einem vernunftgemässen machen. Durch Uebung lernt er, rasch den sozusagen unteren Motiven durch geeignete Gegenvorstellungen, die, seinen Grundsätzen entsprechen, zu begegnen und erwirbt Selbstbeherrschung, d. h. Freiheit von Laune und Trieb. Er kann dann wollen,was erwill, d. h. seinem vernünftigen Willen gegen andere Bestrebungen zum Siege verhelfen.

Endlich ist zu erwägen, dass der Zusammenhang des Entschlusses mit den angeborenen Anlagen und den früheren Erlebnisseh, welche zusammen den Character bilden, nicht in das Bewusstsein fällt, so dass zwar der Entschluss als ein Product des Ich, aber als ein unvermitteltes, sozus. geschaffenes erscheint. Aus alle diesem geht hervor, inwieweit das Gefünl der Freiheit, auf welches der naive Mensch pocht, berechtigt ist.

In irrthümlicher Weise knüpft an das Gefühl der Freiheit die Reflexion die Lehre vom liberum arbitrium indifferentiae, nach welcher die Willensentscheidungen des zureichenden Grundes entbehren. Nach dieser seltsamen Lehre wird der Entschluss zum absoluten Zufall und es ist ersichtlich, dass, wenn das richtig wäre, es weder Moral, noch Recht geben könnte, dass somit diese Lehre nicht nur theoretisch, sondern auch practisch unbrauchbar ist. Es ist gleichgiltig, ob das liberum arbitrium bei allen Willensentscheidungen oder nur zuweilen in Kraft tritt, da es auch in letzterem Falle dem Satze vom Grunde widersprechen und die Verantwortlichkeit aufheben würde.

Die Lehre vom liberum arbitrium, welche sich nur so lange halten kann, als sie in Unklarheit verharrt, wird auch als Indeterminismus bezeichnet. Ihr wird dann die Auffassung, die die durchgängige Giltigkeit des Satzes vom Grunde festhält, als Determinismus gegenüber gestellt und so entsteht leicht der Anschein, als ob beide gleichberechtigte Gegner wären.

Nur als Anmerkung sei hinzugefügt, dass auch die von Schopenhauer gelehrte transcendente Freiheit des Menschen ein widerspruchsvoller, unvollziehbarer Begriff ist.

Mit dem Begriff der Freiheit eng verbunden ist der der Verantwortlichkeit. Es ist zu unterscheiden zwischen äusserer und innerer Verantwortlichkeit. Jene besteht darin, dass der Mensch für alle seine Handlungen einzustehen hat, sofern er zurechnungsfähig ist. Die innere Verantwortlichkeit ist dasselbe wie das Schuldgefühl, die Rechenschaft vor dem sittlichen Bewusstsein. Das Schuldgefühl setzt das Gefühl der Freiheit voraus. Es sagt: Du hättest besser handeln können, als du gehandelt hast. Es bezieht sich in erster Linie auf die fahrlässige Verschuldung, welche darin besteht, dass dem zur tadelnswerthen Handlung veranlassenden Motiv nicht ausreichende Gegenmotive gegenübergestellt worden sind, dass der

vernünftige Wille sich sozusagen hat überrumpeln lassen. Sodann aber drückt das Schuldgefühl den Schmerz darüber aus, dass die schlechte That uns zeigt, wie wenig wir das sind, was wir zu sein wünschten. Der eigene Character ist uns von vornherein unbekannt, einzig und allein aus unseren Thaten lernen wir ihn kennen. Indem uns nun die eigene, d. h. freie That zeigt, dass unser Character ein sehr mangelhafter ist, dass er nicht den Anforderungen entspricht, welche unser Gewissen an ihn stellt, entsteht das Gefühl der Schuld. Da nie genau die gleichen Umstände wiederkehren, wissen wir trotz früherer Erfahrungen nie den eigenen Entschluss voraus. Wir hoffen, dass die schlechte That nicht wiederholt werden wird, da wir glauben, inzwischen wachsam gegen die Ueberrumpelung geworden zu sein und uns unserem sittlichen Ideale genähert zu haben. So wiederholt sich bei jeder Verfehlung die schmerzliche Ueberraschung und mit ihr das Schuldgefühl. Selbstverständlich setzt das Gefühl der Verantwortlichkeit ein sittliches Bewusstsein voraus und wächst mit der Entwicklung dieses Bewusstseins. Je höher im moralischen Sinne der Mensch steht, je freier er von der Herrschaft der zufälligen Motive und der egoistischen Triebe ist, desto stärker und tiefer ist sein Schuldgefühl, desto weiter reicht seine innere Verantwortlichkeit. Immerhin ist dieselbe nicht eine unbeschränkte.

Man muss beachten, dass die Grenze der Verantwortlichkeit anders zu ziehen ist, je nachdem es sich um die Beurtheilung eines fremden oder um die des eigenen Characters handelt. Im Allgemeinen lässt sich nicht verkennen, dass die Ausdehnung der Verantwortlichkeit eine ausserordentlich wechselnde ist und dass dieselbe bei dem Durchschnitt der Menschen nicht weit reicht. Eben desshalb ist die äussere Verantwortlichkeit unentbehrlich. Würde diese der inneren Verantwortlichkeit angepasst, so wäre eine Prämie auf die moralische Verwahrlosung gesetzt. Das Recht eines Volkes entspricht dem Zustande des Gewissens dieses Volkes und muss desshalb eine gewisse mittlere Höhe einhalten. Die innere Verantwortlichkeit der führenden Minderheit im Volke reicht über die äussere Verantwortlichkeit hinaus, während bei der grossen Masse das umgekehrte Verhältniss statthat. Im Interesse des Ganzen muss das Strafrecht auch da zur Geltung kommen, wo aller Wahrscheinlichkeit nach die Grenze der inneren Verantwortlichkeit überschritten worden ist. Immerhin wird diese Grenze in besonderen Fällen auch vom Richter berücksichtigt, z. B. wenn eine Mutter Brod gestohlen hat, um den Hunger ihrer Kinder zu stillen. Es wird dann die ungewöhnliche Stärke des Motivs zum mildernden Umstand. Laienrichter sind nicht selten geneigt, die Ueberschreitung der inneren Grenze und die Aufhebung der Zurechnungsfähigkeit zu verwechseln und in jener einen Grund der Straflosigkeit zu erblicken (Freisprechung wegen Todschlags in gekränktem Ehrgefühl u. dergl.). Jedoch ist nicht zu leugnen, dass zuweilen das eine in das andere übergeht, insofern als sehr starke Affecte und gewaltige Leidenschaften einerseits, üble Characteranlage und sittliche Verwahrlosung andererseits an das Pathologische anstossen und der Uebergang ein ganz allmählicher ist.

Anders stellt sich die Grenze der inneren Verantwortlichkeit vom subj. Standpunkte aus dar. Das sittliche Bewusstsein erkennt zunächst eine solche nicht an und zwar mit Recht, da nur unter dieser Bedingung das

höchste im gegebenen Falle mögliche Ziel erreicht werden kann und bei eingetretener Verfehlung keine Sicherheit gegeben ist, ob nicht doch fahrlässige Verschuldung vorlag. In einzelnen Fällen aber, wenn die innere Grenze weit überschritten ist, erkennt auch das sittliche Bewusstsein diese Thatsache an, d. h. es hört dann das Gefühl der Verantwortlichkeit auf. Es handelt sich dann entweder darum, dass das Motiv der bösen That so gewaltsam auftrat, dass keine Vorkehrungsmaassregeln möglich waren, oder darum, dass die Anforderung des Widerstandes nach dem Zeugniss des Gewissens über „das Menschenmögliche“ hinausging. In der Regel reicht das Gefühl der Verantwortlichkeit weiter als das der Freiheit, da auch dann, wenn die Nothwendigkeit gerade dieses Handelns gefühlt wird, die That noch als Product des eignen Wesens gewusst wird. Es kann sich aber auch umgekehrt verhalten, wenn im Bewusstsein nur die Freiheit von fremdem Zwange betont wird. Bei der Unbestimmtheit derGefühle und der Abhängigkeit derselben von Vorurtheilen kann es natürlich nicht überraschen, wenn die Aussagen bald so, bald so lauten.

II.

Ueber einen Fall von postepileptischem Dämmerzustand im Kindesalter.

Von Bezirksarzt Dr. Nagy-Feldkirch.

F. J., 4 Jahre alt, früher stets gesund; Vater macrocephal; ein Onkel epileptisch. Vor $1^1/_2$ Jahren und vor zwei Monaten „Convulsionen“, wahrscheinlich epileptische. Nach dem letzten Anfall stellte sich ein auffallender geistiger Zustand ein. Der Knabe war früher geistig sehr entwickelt, lebhaft, aufmerksam und gelehrig; bietet gegenwärtig folgendes: Somatisch: einen verhältnissmässig sehr grossen Schädel, der übrigens wohl geformt ist; vegetative Functionen ganz normal, desgleichen Reflexe und Augenhintergrund. Geistig völlig verändertes Wesen; er schläft mehr als früher, und tiefer, so dass er nicht leicht zu erwecken ist. Aber auch das Wachen hat viel vom Character des Schlafwandelns. Er ist sozusagen der Aussenwelt entrückt, er handelt und spricht fast stets für sich und mit sich. Sein Handeln ist ein automatisches, und höchstens der nächstliegenden Zwecke sich bewusstes. Die Reaction auf Eindrücke der Aussenwelt ist eine ganz veränderte. Das Erscheinen seiner Mutter z. B. berührt ihn kaum anders, als wenn eine fremde Person gekommen wäre, es hat keinen Erguss eines kindlichen Affectes zur Folge, wie es vordem und bei anderen Kindern der Fall ist. Auf Ansprache reagirt er nicht immer, und nur mit wenig Worten; manchmal wiederholt er die letzten Worte (Echolalie). Er hört bestimmt ganz gut, doch findet keine corticale Verwerthung der acustischen Empfindung statt, es besteht also ein Grad von Rindentaubheit. Vorgehaltene Gegenstände sieht er, fixirt sie auch, wenn er sie aber zur Hand nimmt, so benützt er sie nicht in der Weise, wie es ihnen zukommt.

Früher hatte er in einem Bilderbuche enthaltene lange Verse auswendig gekonnt und sagte sie, wenn verlangt, her, oder wenn man die Association durch Zeigen des betreffenden Bildes wachrief; jetzt gewinnt

er kein Verständniss aus den betreffenden Bildern, und wenn man ihm einen Vers zum Aufsagen giebt, so bringt er ihn nur stückweise zur Production; etwa ein paar gereimte Zeilen, dann folgt nichts mehr. Es entspricht das der Kürze der noch regsamen Associationsbahnen, die noch dazu der Unterstützung durch den Reim, den Gleichklang, bedürfen, um in die Erscheinung treten zu können. — Sein Verhalten vis-à-vis der Gefahr ist ein anormales; eine Einschüchterung oder Fluchtbewegung ist bei ihm nicht die sonst regelmässige Folge davon. So weicht er vor einem drohend genäherten Messer, einer Flamme nicht zurück, bevor es ihn nicht gestochen bezw. gebrannt hat. Das Zeigen der Ruthe ruft keine Einschüchterung hervor. Er macht in seinem Bette gewagte Kletterübungen, steigt auf Tische und Fensterbretter, ohne sich der Gefahr des Hinabstürzenkönnens bewusst zu werden. Diese Unterschätzuug resp. Garnichtbeachtung der Gefahr erinnert an den Zustand der Schlafwandler, welche sich auf sturzgefährliche Orte begeben, und entspricht der Nichterkenntniss der Folgen solcher Handlungsweisen. —

Die Dauer meiner Beobachtung war natürlich zu kurz, um erschöpfend zu sein; manches des Aufgeführten würde nicht auffällig erscheinen, wenn es an einem sehr jungen oder geistig minder entwickelten Kinde zur Beobachtung käme. Aber alles das steht in diesem Falle im Gegensatze zu dem früheren Verhalten und hat sich erst nach dem besagten Anfall entwickelt. Fassen wir noch einmal zusammen, so haben wir es mit einem Individuum zu thun, das gewissermassen im Traumleben lebt, obwohl die Lebhaftigkeit seiner Handlungen und Vielseitigkeit derselben dem Verhalten eines Wachenden entspricht. — Der Kreis seiner Lebensäusserungen ist ein in sich geschlossener, die Beziehungen zur Aussenwelt sind gelockerte und eine Beeinflussung von dieser Seite findet wenig oder gar nicht statt, sein Ich wird, anstatt sich weiter auszudehnen, ein in engeren Rahmen gefügtes. — In somatischer Beziehung und bezüglich der niederen Nervenfunctionen haben wir keine Alteration vorgefunden, wir haben es also mit einer rein psychischen Alteration zu thun. Zustände der Art werden zutreffend als Dämmerzustände bezeichnet. In diesem Falle ist zweifellos ein epileptischer Anfall voraufgegangen, wir nennen den Zustand darum „postepileptischen Dämmerzustand“. Die Dämmerzustände können sich auf verschiedenen Basen erheben, wir kennen postepileptische, posttraumatische und postintoxicatorische Dämmerzustände, welchen sich Phänomene annähern, die wir in gewissen Hypnosestadien und bei Hysterischen beobachten. Da es sich in den meisten Fällen um nicht dauernde Zustände handelt, so können wir sie unter die „transitorischen Geistesstörungen“ einreihen. Diese haben einiges unter sich gemeinsam. Ihre Entstehung ist stets eine sehr rasche, unvermittelte; wie mit einem Schlage ist die geistige Person verändert, der Zustand geht stets mit einer Reduction der geistigen Processe einher, wenn sie auch in einer gewissen Richtung persistent bleiben; in Sonderheit sind es die Beziehungen zur Aussenwelt, zur Umgebung, welche gelockert fast aufgehoben sind. Die Handlungsweise des Befallenen wird mehr und mehr eine automatische, der Kreis der Functionen ist ein eingeengter, unter Umständen waltet eine gewisse Allgemeintendenz vor mit verschwommener Zweckvorstellung. Das ist der Grund einer öfters zu beobachtenden

Locomotionstendenz. — Es kommt vor, dass Leute in solchen Zuständen weite Reisen machen und hiebei ganz geordnete und complicirte Handlungen ausführen, so dass sie der Umgebung kaum auffallen, aber der Verkehr mit dieser wird wenig oder gar nicht unterhalten, die Leute scheinen in sich zurückgezogen und nur dem einen unmotivirten und unklaren Ziel zugewandt. — Irgend eine Stimmungsfärbung wird selten zum Ausdrucke gebracht, in der Regel fehlt eine solche völlig. Die Dauer eines solchen Zustandes ist gewöhnlich kurz, Stunden bis Tage betragend, in einzelnen Fällen aber selbst Monate umfassend.

Der Uebergang in den Normalzustand ist in der Regel ein rascher, ereignet sich über Nacht und in noch kürzerer Zeit, in anderen Fällen entschleiert sich die frühere Person langsam und allmählig, dieses besonders dann, wenn der Zustand länger gedauert hatte. Von besonderer Bedeutung ist das Verhalten der Erinnerung für das innerhalb dieses Zustandes Geschehene. Die Regel ist, dass die Erinnerung an das Voraufgegangene mehr oder weniger vollkommen fehlt, so für die somnambulen Hypnosestadien, für die postepileptischen Dämmerzustände, seltener für die alcoholischen und traumatischen Dämmerzustände. Es kommt aber doch auch vor, dass lückenhafte Erinnerungen an dieses oder jenes Vorkommniss innerhalb des Ausnahmezustandes rudimentär erhalten bleiben; gewöhnlich sind es vereinzelte Sinneseindrücke von besonderer Intensität, z. B. Helligkeit, Getöse, starke Gerüche; manchmal erinnern sich die Patienten mit verhältnissmässiger Deutlichkeit an einzelne Vorgänge, es ist ihnen aber gar nicht mehr erinnerlich, was sie selbst dabei für eine Rolle gespielt haben, es kommt ihnen vor, als ob sie etwas erlebt hätten, wo sie selbst gar nicht dabei waren. In forensischer Beziehung hat man zu sehr Gewicht auf das Vorhandensein einer completen Amnesie gelegt, aber nach anderer und meiner Erfahrung ist das kein absolut sicher zutreffendes Symptom. Die Taxirung der in diesem Ausnahmszustande vergangenen Zeit fällt seitens der Patienten fast immer zu kurz aus, sie meinen, es liege ein Zeitraum von einem Tage dazwischen, während in Wirklichkeit es sich um viele oder um Wochen handelt. — Der Verlauf des Leidens ist — von den traumatischen Fällen abgesehen — ein periodischer. Hat der Kranke einmal eine solche Attaque gehabt, so darf er auf folgende gefasst sein. — Während die klinischen Erscheinungen dieser Affectionen gut bekannt und beschrieben sind, ist die Erklärung noch völlig im Felde der Hypothese. Sicher ist, dass gröbere anatomische Substrate nicht vorhanden sind, ausgenommen die posttraumatischen, bei welchen durch anderweitige Symptome Läsionen der Rinde in Form von Blutungen, Haematomen erschlossen werden können. In der Mehrzahl der Fälle kann es sich nur um functionelle Störungen handeln. Der Sitz der Alteration ist ohne Zweifel in die Gehirnrinde zu verlegen, doch müssen wir postuliren, dass der Functionsausfall nirgends ein absoluter, sondern nur relativer ist. — Dieses würde einer Hypotrophie, einer quantitativen Verminderung der Ernährung der Partien gleichkommen. Meynert's Theorie deckt sich am besten mit den bisherigen Erfahrungen und Kenntnissen. Doch ist der Vorgang wohl nicht ganz einheitlich aufzufassen. Während wir für die traumatischen Formen das primäre in einer äusseren Druckwirkung auf die Oberfläche des Gehirns, der Rinde durch

Extravasate sehen, oder eine moleculare Veränderung durch heftige Erschütterung annehmen, bei welcher die Gefässe ganz secundär und passiv betheiligt sind, können wir für die epileptischen und hypnotischen Formen den Ausgangspunkt schwer anderswohin als in die Gefässe verlegen.

Es ist nicht ganz nothwendig, dabei einen Krampfzustand der Gefässe anzunehmen; passive Hyperämie in Folge von Shokparalyse könnte ebendasselbe Resultat erzielen und würde mit den Blutfüllungszuständen, die während des Schlafes beobachtet werden, mehr im Einklange stehen. Die Topik dieses Vorganges anlangend, könnte noch eine nähere Begrenzung zulässig erscheinen. Da es vornehmlich die receptive, die appercipirende seelische Thätigkeit ist, die im Dämmerzustande Einbusse erlitten hat, während die Willensäusserungen, die Innervationen verhältnissmässig weniger reducirt sind, so sind wir angewiesen, eine verminderte Function der psychosensorischen Centren anzunehmen, einen gewissen Grad von Rindenblindheit und Rindentaubheit in zugehöriger Ausbreitung. — Diese Möglichkeit wird weiter gestützt durch die Thatsache, dass Störungen der sensorischen Bahn eher und leichter ausgleichbar, reparabel sind, als solche auf motorischer Bahn, und weiterhin dadurch, dass sehr deutliche Willensäusserungen zu Tage treten, die mit motorischen Effecten verbunden sind und nothwendig eine relative Integrität der motorischen Felder zur Voraussetzung haben. Die psychotische und neurotische Constitution unseres Patienten erklärt auch das Phänomen der umschriebenen relativen Ausfallserscheinungen, welche auf diesem Boden leichter zu entstehen pflegen, als bei unbelasteten Individuen, bei welchen es in functionellen Affectionen Regel ist, dass die Reduction mehr allgemein und diffus ist. —

III. Referate und Kritiken.

---

371) **William B. Ransom:** A case of illustrating kinaesthesis.
(Brain. Autumn-Winter 1892, pag. 437.)

R. hatte Gelegenheit, an einem wegen epileptischer Krämpfe zweimal Trepanirten, bei dem der Knochen entfernt war, mit dem electrischen Strom Reizversuche gewisser Hirnrindencentren anzustellen und da hierbei das Bewusstsein des Trepanirten nicht ausgeschaltet war, die subjectiven Empfindungen des Mannes zu studiren. Die Versuche wurden in der Weise angestellt, dass unter antiseptischen Cautelen zwei lange Nadeln als Electroden durch die cocainisirte Haut über der Trepanationsöffnung in die Hirnrinde eingestochen wurden, wozu der blinde Patient seine Einwilligung gegeben hatte. R. erzielte folgende Ergebnisse:

1. Es gelang, verschiedene Gruppen von Muskeln des Arms und der Hand zur Contraction zu bringen.
2. Ein mässig starker Strom verursacht zuerst ein kriebelndes Gefühl in jenem Theile, welcher sich bei stärkeren Strömen contrahirte. Nach wiederholten Reizungen mit bestimmter Stromstärke erfolgte keine Contraction mehr, sondern nur noch die Empfindung. Diese überdauerte die Reizung.

3. Nach einer kräftig erzielten Contraction war die willkürliche motor. Kraft herabgesetzt.
4. Während sich unter dem Einfluss des Stromes Muskeln contrahirten, war ihr Muskelsinn gesteigert, welche Steigerung noch einige Minuten über die Application des Stromes hinaus anhielt.
5. Eine Einwirkung auf die Berührungsempfindung wurde nicht wahrgenommen.

Aus diesen Beobachtungen glaubt R. folgende Schlüsse ziehen zu dürfen:

Herabsetzung der Thätigkeit der sog. motor. Rindencentren geht einher mit folgenden Veränderungen in dem zugehörigen Gliede resp. Körpertheile: Herabsetzung der motor. Kraft des Muskelsinnes uud bis zum geringen Grade der allgemeinen Empfindung; Steigerung dagegen geht einher mit einer unbestimmten Empfindung, einer Zunahme des Muskelsinns, Muskelcontraction.

R. glaubt, dass seine Versuche die Ansicht Bastian's, welcher die motor. Rindencentren als kinaesthetische auffasst, unterstützen.

Wichmann.

---

372) **A. E. Stcherback:** Bemerkungen über die Localisation des Geschmackscentrums beim Kaninchen. (Aus dem Laboratorium des Herrn Prof. Flechsig.)

(Neurol. Centralblatt 1893, Nr. 8.)

S. hatte im Centralblatt für Physiologie eine Mittheilung veröffentlicht, wonach Zerstörung der grauen und der darunter liegenden weissen Substanz in der dem Schläfenlappen entsprechenden Region bei Kaninchen völligen Verlust des Gesckmacks auf der entgegengesetzten Seite hervorrruft. Er ergänzt seine Mittheilung jetzt dahin, dass dasselbe Resultat auch durch eine tiefe Verletzung der weissen Substanz (der Stabkranzfasern) nach vorn von dieser Region erzielt wird. Die microscopische Untersuchung der betreffenden Thiere hat ergeben, dass die Exstirpation sich in den meisten Fällen wirklich nur auf die graue und theilweise die weisse Substanz der Hirnrinde beschräukt, während sich bei den tiefen Exstirpationen zeigte, dass der Geschmacksverlust nur durch den Verlust der hintersten Fasern des Stabkranzes bedingt wird.

Hoppe.

---

373) **A. Schmucker:** Ueber die Auslösung von Schmerzempfindungen durch Summation sich zeitlich folgender sensibler Reize bei Compressionsmyelitis.

(Inaug. Dissert. Würzburg 1889.)

Die Angaben Naunyn's über die Auslösung von Schmerzempfindungen bei Rückenmarkskrankheiten durch die Summation zeitlich aufeinander folgender sensibler Reize wurden in 4 Fällen von Compressionsmyelitis geprüft. Vermittelst des electrischen Stromes oder eines stumpfen Drahtes oder durch Nadelstiche wurden Schmerzen ausgelöst, während Reize mit einem weichen Pinsel, selbst bei frequenter Application ein negatives Resultat ergaben. Die Versuche gelangen, so wie die Kranken im Glauben waren, es handle sich um ein Heilverfahren, die Versuche misslangen, sobald die Kranken erkannten, dass sie nur Untersuchungszwecken dienten.

Behr-Riga.

---

374) **A. Stcherbak** (St. Petersburg): Contribution à l'étude de l'influence de l'activité cérébrale sur l'échange d'acide phosphorique et d'azote.
(Archives de méd. expérim. Mai 1893.)

Eine ganze Reihe von Arbeiten sind seit langer Zeit unternommen worden, um den Einfluss der geistigen Thätigkeit auf den Stoffwechsel im menschlichen Organismus zu studiren. Hierbei wurde besonders auf die Ausscheidung der Phosphorsäure geachtet, weil man a priori erwartete, dass das Gehirn als der an Phosphor relativ reichste Körpertheil bei energischer Thätigkeit einen stärkeren Phosphorumsatz veranlassen würde. Die Resultate der früheren Untersuchungen waren nun vielfach diametral entgegengesetzte; da, wo der eine Vermehrung der Ausscheidung fand, fand der andere eine Verminderung u. s. w. Aber alle diese früheren Untersuchungen waren mehr oder minder werthlos, weil sie alle (mit Ausnahme von Raspopoff, der vor der ausführlichen Veröffentlichung seiner Untersuchungen starb) sich auf die Untersuchung der im Urin ausgeschiedenen Phosphorsäure beschränkten, während es doch auf der Hand liegt, dass, selbst gleiche Nahrungsaufnahme vorausgesetzt, bei einer durch intensive geistige Arbeit veränderten Assimilation (und dieselbe wird in der That verändert) auch eine andere Phosphorsäureausscheidung resultiren muss; die Aenderung dieser Ausscheidung würde also zunächst eine Verdauungsänderung anzeigen, welche die Autoren aber durchaus nicht studiren wollten. Diese ausserordentlich wichtige Fehlerquelle lässt sich nun leicht ausscheiden, wenn man den Phosphorgehalt der aufgenommenen Nahrung und des Kothes feststellt; hieraus ergiebt sich leicht durch Subtraction eine ziemlich genaue Berechnung des assimilirten Phosphors. Erst wenn dies ebenso, wie das Quantum der im Urin ausgeschiedenen Phosphorsäure für die Periode relativer geistiger Ruhe und die Zeit intensiver geistiger Arbeit bekannt ist, lässt sich zuverlässig bestimmen, ob während der letzteren Zeit eine grössere Menge im Körper verbraucht und ausgeschieden wird, unabhängig von der jetzt leicht zu berechnenden der Assimilation proportionalen Schwankung der P-Ausscheidung. Dasselbe gilt natürlich für die N-Ausscheidung.

Verf. verfuhr nun so, dass er, nachdem er sich eine Zeit lang an eine einfache, chemisch leicht zu bestimmende Kost gewöhnt hatte, 4 Tage lang sich leicht und dann 4 Tage lang sich intensiv geistig beschäftigte. Die aufgenommene Nahrung, Urin und Koth wurden ganz genau berechnet. Diesen Versuch machte er 3mal. Dann untersuchte er unter denselben Cautelen einen geistig regen Imbecillen und einen geistig fast völlig unthätigen Idioten. Endlich suchte er der Frage experimentell näher zu treten, indem er bei Hunden den Phosphoraustausch des Gehirns durch Analyse der Phosphorsäure der Hirnvenen und -Arterien unter dem Einflusse einer tiefen Depression der Gehirnthätigkeit (Morphiumnarcose) untersuchte.

Bei gleicher N- und P-Aufnahme fand während geistiger Ueberanstrengung eine Verminderung der Assimilation, eine Vermehrung der Ausscheidung statt und zwar letzteres stärker für P als für N; während die vermehrte N-Ausscheidung noch immer unter der N-Assimilation blieb, übertraf die Phosphorsäureausscheidung die P-Assimilation, so dass also der

Körper einen bestimmten Verlust an Phosphorsäure erlitt. Was die N. Ausscheidung noch näher angeht, so konnte man während geistiger Ueberarbeit eine Verminderung der Oxydationsprocesse constatiren, da im Urin die unvollständig oxydirten Producte (Harnsäure und Extractivstoffe) viel stärker vermehrt waren als der Harnstoff. Das Körpergewicht nahm während der 4 Tage geistiger Ueberarbeit zwar wenig, aber stetig ab. Die Vergleichung der N- und P-Ausscheidung lehrt, dass neben der Aenderung der Allgemeinernährung eine stärkere Transformation derjenigen Substanzen, welche P enthalten, einhergeht. Bei der microcephalen Idiotin war die N-Ausscheidung im Ganzen normal, die Assimilation der Phospborsäure war herabgesetzt; die P-Ausscheidung war viel constanter wie beim Gesunden und stand in normalem Verhältniss zu der assimilirten Phosphorsäure.

Die Experimente an den Hunden zeigten, dass während der Morphiumnarcose das Gehirnvenenblut eine der Norm gegenüber stark verminderte Quantität Phosphorsäure enthielt, so dass man entweder eine energischere P-Retention durch das Gehirngewebe oder eine verminderte Abscheidung von Phosphorverbindungen im Gehirne annehmen muss.

Die Untersuchungen des Verf. zeigen, dass die Transformation des P im Organismus in einem gewissen Grade von der Gehirnthätigkeit abhängt. Bei intensiver geistiger Arbeit hat der Organismus ein höheres, bei geringer Gehirnthätigkeit ein niedrigeres Bedürfniss nach P. Bei geistiger Ueberanstrengung modificirt sich auch der N-Austausch in erheblichem Maasse und schafft recht ungünstige Bedingungen für die allgemeine Körperernährung. Die bösen Folgen geistiger Ueberanstrengung dürften sich schwerlich durch vermehrte Zufuhr von Nahrungsmitteln und speciell von P. vermeiden lassen, weil unter diesen Verhältnissen die Assimilation der Nahrungsmittel beträchtlich vermindert ist.

Eine mehrfache Nachuntersuchung der interessanten und wichtigen Arbeit wäre sehr erwünscht. Strauscheid.

---

375) **L. Stieglitz:** Eine experimentelle Untersuchung über Bleivergiftung mit besonderer Berücksichtigung der Veränderungen des Nervensystems.
(Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh., Bd. XXIV, H. 1.)

Zwei Anschauungen bestehen über die Pathogenese der Bleilähmung. Die eine, hauptsächlich vertreten von Erb und Remak, tritt für eine Erkrankung spinaler Centra, eine Art Poliomyelitis ant. chron. ein, während die anderen mit Charcot, Leyden, Fr. Schultze die Bleilähmung im wesentlichen als eine toxische, periphere Neuritis betrachten. — Die bisherigen Obductionsbefunde haben zu einem entscheidenden Resultat noch nicht geführt. — Verf. sucht daher eine Lösung der Frage auf experimentellem Weg. Die bisher vorliegenden experimentellen Untersuchungen beschränkten sich zumeist auf Fütterungsversuche; im Gegensatz dazu liess Verf. seine Versuchsthiere Blei durch den Respirationstractus aufnehmen, indem er in einem Kasten täglich einige Stunden Bleizuckerlösung zerstäuben lässt.

Als Vortheile dieser Methode bezeichnet er: 1. Die Nachahmung des Vergiftungsmodus beim Menschen; 2. Vermeidung von Durchfällen und verminderter Fresslust, wie sie sich bei Fütterungsversuchen sehr rasch einstellen. Nachtheile sind: die Durchfeuchtung der Thiere, die sich bei länger

fortgesetzten Versuchen nicht vermeiden lässt, und die Unmöglichkeit, das aufgenommene Blei quantitativ zu bestimmen. Ferner werden gewisse Mengen Blei stets auch durch den Darmtractus aufgenommen. Verf. hat nun im Ganzen 13 Meerschweinchen und 10 Kaninchen einer länger dauernden Einwirkung des Bleies unterworfen, in den längsten Fällen bis zu 247 Tagen, wobei oft täglich 3—5 C. Bleilösung zerstäubt wurden. Von den klin. Erscheinungen wird als ziemlich constanter Befund erwähnt Gewichtsabnahme, vier von den vergifteten Thieren, also etwa 18% zeigten deutliche Lähmungserscheinungen, einzelne epileptiforme und apoplectiforme Anfälle. Als Todesursachen wurden bei 11 Thieren frische Gehirnblutungen gefunden, bei einigen hochgradige Nierenveränderungen, bei einigen allgemeiner Marasmus. — Von den Befunden der Körperorgane zeigten in 18 Fällen die Nieren parenchymat. oder interstitielle Veränderungen oder Degenerat. d. Glomeruli, häufig auch combinirt; das Herz in einzelnen Fällen fettige Degeneration oder circumscripte kleinzellige Infiltration des Myocards, in 2 Fällen Pericarditis. In den Lungen fanden sich häufige Alterationen der Gefässwandungen, die in Endarteritis oder Periarteritis bestanden. Bei der Untersuchung des Nervensystems wurde sehr zweckmässig so vorgegangen, dass zunächst sowohl die zu untersuchenden peripheren Nerven mit den umgebenden Muskeln, wie das Rückenmark mit der Wirbelsäule in situ in Müller'sche Flüssigkeit gelegt und erst nach einiger Zeit auspräparirt wurden. So konnte jede Zerrung und Quetschung, wie sie bei dem Aufspannen unerlässlich ist, vermieden werden.

Als ziemlich allgemeiner Befund, auch bei Thieren, die keine Lähmung zeigten, fand Verf. zunächst Vacuolenbildung in den Ganglienzellen der Vorderhörner. Die patholog. Bedeutung derselben, die Streitfrage, ob sie auch bei normalen Rückenmarken oder als Kunstproducte sich finden, wird an der Hand der darüber erschienenen Arbeiten von Charcot, R. Schulz, Kreysig, Trzebinsky eingehend erörtert und kommt Verf. zu der Annahme, dass man der Vacuolenbildung da, wo sie sich in ausgesprochenem Maasse findet, eine patholog. Bedeutung zuerkennen muss. — Interessant ist von den übrigen Befunden der des Centralnervensystems: Bei einem Meerschweinchen, das am 18. Tage der Vergiftung mit gleichmässiger Lähmung beider Hinterbeine starb, fanden sich zwei circumscripte Entzündungsherde in einem Vorderhorn der oberen Lendenanschwellung und einzelne degenerirte Fasern der vorderen und hinteren Wurzeln, also ungefähr das Bild einer Polyomyelitis anter. acuta (spin. Kinderlähmung). Ein anderes Meerschweinchen starb nach 7 Monaten. Vergiftung unter Lähmung aller vier Extremitäten nach vorausgehenden Krampfanfällen. Hier fand sich Atrophie des einen Vorderhorns im Halsmark. Vacuolenbildung oder Degeneration der Ganglienzellen beider Vorderhörner, ein sclerot. Herd und unterhalb desselben Atrophie im Hinterhorn des Halsmarkes, also wesentl. chron. Vorgänge. Dabei Degeneration einiger Spinalganglien, sowie der vorderen und hinteren Wurzeln und zwar nimmt die Degeneration der hinteren Wurzeln vom Spinalganglion auf- und abwärts zu, auch die Degeneration in den peripheren Nerven. Also hier im wesentl. degenerative, chron. Vorgänge an vielen Stellen des Nervensystems, während die klinischen Erscheinungen ungefähr denen im ersten Fall entsprachen. In einem dritten

klinisch ähnlich verlaufenden Fall kommen ausser allgemeiner, starker Vacuolenbildung nur segmentäre Degenerationen der Wurzelfasern in Betracht. In einem Falle von einseitiger Lähmung fand sich gleichmässig über beide Vorderhörner vertheilt Vacuolenbildung der Ganglienzellen. Die vorderen und hinteren Wurzeln waren in der Weise peripherwärts degenerirt, dass die Degeneration kurz vor dem Eintritt in's Rückenmark scharf abschnitt; dabei Degeneration der peripher. Nerven. Denselben Befund bot ein nach nur 8tägiger Vergiftung gestorbenes Kaninchen. — Es sind also die Befunde äusserst mannigfache und haben, abgesehen von der nicht eindeutigen Vacuolenbildung nur das gemeinsame, dass die Erkrankung sich meist in den Vorderhörnern localisirt.

Verf. vergleicht nun seine Befunde mit den Resultaten früherer experimenteller Untersuchungen und den wenigen positiven Obductionsbefunden. Diese werden ausführlich beschrieben. Betreffs der Pathogenese der Bleilähmung giebt es auf Grund dieser Befunde nach Verf. nur 3 Möglichkeiten:

1. Das Blei schädigt bald die peripheren Nerven, bald die spinalen Centra.
2. Es schädigt primär die peripheren Nerven und erst in vorgeschrittenen Stadien greift die Krankheit auf das Rückenmark über.
3. Es beeinträchtigt primär die trophomotor. Centra derart aber, dass erst bei vorgeschrittener Intoxication sich grobe Veränderungen der betr. Centren nachweisen lassen.

Eine Entscheidung zwischen diesen 3 Möglichkeiten glaubt Verf. auf Grund seiner Befunde nicht treffen zu dürfen. Doch scheint die letzte Annahme sowohl in den klinischen als den anatomischen Befunden einige Stütze zu finden. Es ist möglich, dass eine functionelle Störung der Rückenmarkscentren zuerst sich in einer auch anatomisch nachweisbaren Läsion der musculo-nervösen Endapparate äussert, die sich allmählig centralwärts fortsetzt und endlich auch eine anatomisch sichtbare Zerstörung der zuerst nur functionell gestörten Centren macht, vorausgesetzt, dass die Krankheit lange genug dauert. Dafür scheinen einige der experimentellen Befunde des Verf. zu sprechen, wo bei wenig verändertem Rückenmark die peripheren Nerven und die Wurzeln bis zum Eintritt in's Rückenmark degenerirt waren.

Weber-Würzburg).

---

376) **L. Haas:** Ueber secundäre aufsteigende Degeneration des Rückenmarks. (Inaug. Dissert. Würzburg 1892.)

Ein 32jähriges Mädchen stürzte etwa $1^1/_2$ Stockwerk hoch von einer Leiter. Augenblicklich entstand eine Paraplegie der unteren Extremitäten. Die Sensibilität, die Haut und die Sehnenreflexe waren in denselben erloschen. Die electrische Untersuchung ergab anfangs normale Verhältnisse, nach 3 Monaten deutliche Entartungsreaction. Nach 7 Monaten trat der Tod ein in Folge von Decubitus und Cystitis. Die Section ergab eine Fractur des 1. Lendenwirbels und eine totale Zerquetschung des Lendenmarkes. Bei der microscopischen Untersuchung erwiesen sich die Goll'schen Stränge als degenerirt. Sie zeigten im Lendenmarke Keilform, weiter nach oben hin Flaschenform. Der Querschnitt nahm von unten nach oben hin zu und

die Fasern reichten bis an die graue Commissur. Als wahrscheinliche Ursache für die Degeneration der Goll'schen Stränge wurde eine Trennung derselben von ihren trophischen Centren, den Spinalganglien angesehen. Da diese in die hinteren Wurzeln eintraten, so wurde weiter geschlossen, die Goll'schen Stränge seien directe Fortsetzungen der hinteren Wurzeln. Von den Seitensträngen waren degenerirt eine Partie lateral von der Pyramidenseitenstrangbahn (zwischen dieser und der Pia), ferner eine Reihe von Fasern in der Pyramidenvorderstrangbahn. (!) Die Pia mater war überall normal. Behr-Riga.

---

377) **H. Vincent** (Paris): Sur un cas expérimental de poliomyelite infectieuse aiguë ayant simulé le syndrome de Landry.

(Archives de médecine expérimentale 1893, Nr. 3.)

V. hatte aus der Milz eines an Typhus Gestorbenen den Eberth'schen Bacillus, sowie ein anderes, für Kaninchen stark wirkendes Bacterium gezüchtet. Mit einem Gemische dieser Culturen machte er bei mehreren Kaninchen Einspritzungen, wobei er bei einem derselben folgende interessante Beobachtung machte. Nachdem die Erscheinungen einer sehr intensiven Darmentzündung vorübergegangen waren und das Kaninchen sich wieder so weit erholt hatte, dass es vollkommen geheilt erschien, sah V. eine rasch fortschreitende Lähmung und Atrophie der Hinterbeine auftreten. Die Lähmung wurde bald eine vollständige und schritt dann im Verein mit der Muskelatrophie auf die Rücken- und die Vorderbeinmuskulatur weiter. Es bestand in den Muskeln partielle Entartungsreaction. Die Sensibilität war entschieden abgestumpft. Zum Schluss bekam das Thier noch incontinentia alvi, hörte auf zu fressen und starb etwa 14 Tage nach dem ersten Auftreten der paralytischen Symptome.

Bei der microscopischen Untersuchung des Rückenmarkes fand sich eine schwere Erkrankung der grauen Substanz. Im Lendenmarke waren die Vorderhornzellen fast ganz verschwunden, die Hinterhornzellen waren nur theilweise afficirt. Dosselbe Bild zeigten in geringerem Maasse die übrigen Rückenmarksabschnitte. Die Blutgefässe waren ein wenig verdickt, die Neurogliazellen in der grauen Substanz stark gewuchert. Die vorderen Wurzeln zeigten eine starke Vermehrung der Neurilemmkerne und einige atrophische Nervenfasern. Die Ganglienzellen waren im wesentlichen gesund. Die peripheren Nerven zeigten nur ganz geringe Anomalien. Die Muskeln waren stark atrophisch.

V. konnte ebenso wenig wie Bourges nun auch bei anderen Kaninchen durch Einspritzung derselben Bacterien dieselbe Rückenmarkskrankheit nach Belieben wieder erzeugen. — Nicht selten ist auch bei Menschen nach einem Typhus das Auftreten der Landry'schen acuten aufsteigenden Lähmung beobachtet worden, über deren pathologisches Substrat ja die Ansichten der Autoren noch stark differiren und die vielleicht sowohl durch eine Erkrankung des peripheren wie des centralen Nervensystems veranlasst sein kann.

Dieselbe Rückenmarkskrankheit, welche V. durch Einimpfung von Typhus- und anderen Bacillen hervorrief, erzeugten Roger und Bourges durch Einimpfung der Streptococcen; also können auch im Experimente

verschiedene Infectionskrankheiten dieselbe Nervenkrankheit hervorrufen. — Ferner untersuchte V. bei der Section, ob der Typhus und der zweite Bacillus noch nachzuweisen wäre; beide waren vollkommen verschwunden; also kann die beobachtete Poliomyelitis acuta nicht auf den directen Einfluss der eingeimpften Microben bezogen werden, sondern sie stellt eine späte Folge der Intoxication durch lösliche Gifte, welche von den Microben erzeugt worden sind, dar. Strauscheid.

---

378) **A. Joffroy** et **Ch. Achard**: Maladie de Basedow et tabes. Observation avec autopsie.

(Archives de méd. expérim 1893, Nr. 3.)

Zu wiederholten Malen sind in der Litteratur Fälle veröffentlicht worden, welche eine Verbindung von Tabes mit Basedow'scher Krankheit darstellten. Dieselben wurden theilweise als zwei neben einander bestehende Krankheiten, theilweise als der Ausdruck einer besonders localisirten Tabes angesehen; die erste Ansicht wurde schon früher von Joffroy vertreten und von Charcot und anderen acceptirt. Die Verff. hatten nun Gelegenheit, bei einer 49jährigen tabischen Frau, welche zugleich an Exophthalmus, Tachycardie, Tremor, dagegen anscheinend nicht an Struma gelitten hatte, die Section zu machen. Hierbei fand sich ausser den tabischen Veränderungen des Nervensystems zunächst eine Volumenzunahme der Thyreoidea, welche intra vitam der Diagnose entgangen war. Das corpus restiforme, das Solitärfascikel und die übrigen Theile des Bulbus waren normal, ebenso der Sympathicus. Im Vagus fanden sich nur wenige spärliche degenerirte Nervenfasern, sonst war er gesund.

Hier handelte es sich also um eine Combination von Tabes mit Basedow'scher Krankheit; für letztere war im Nervensystem ein anatomisches Substrat nicht zu finden trotz genauer Untersuchung der in letzter Zeit hierfür in's Auge gefassten Theile. Strauscheid.

---

379) **Ernest Wills**: Tumour of pituitary body without acromegaly.

(Brain. Autumn-Winter, 1892, pag. 465.)

Ein 26jähriger Mann wird am 20. April 91 an Blödsinn leidend im Spital aufgenommen; er klagte über heftigen Kopfschmerz, den er schon seit 15 Jahren gehabt haben soll und welcher in den letzten 6 Monaten sehr zunahm. Frühere Geisteskrankheit, Krämpfe waren nicht vorhanden. Bei der Aufnahme bot sich folgender Status:

Normale Temperatur; 68 Pulse; keine Lues. Urin frei von Eiweiss und Zucker. Parese des linken rectus internus. R. Pupille reagirt auf Licht und Accomodation, linke kaum. Links fast Amaurose. Beiderseits, links mehr, Opticusatrophie. Händedruck links schwächer als rechts. Facialis frei. Unsicherheit beim Gehen; Neigung, rückwärts zu fallen. Patellarreflexe beiderseits vorhanden, links stärker. Kein Fussclonus. Sensibilität überall gut. Keine Acromegalie. Nachdem einigemal Erbrechen aufgetreten war, starb der Mann am 16. Mai 91. Die Section ergab eine Hypertrophie der Zirbeldrüse mit cystischer Degeneration und bedeutenden Druckerscheinungen auf die benachbarten Gehirntheile und Fernwirkung auf die Oberfläche des Grosshirns. Wichmann.

---

380) **Henry Handford**: Large tumour of the pituitary body, increased kneejerks, no acromegaly, no glycosuria.

(Brain. Autumn-Winter, 1892, pag. 463.)

Eine 53jährige ledige Frauensperson; seit Weihnachten 91 auf rechtem Auge erblindet; Schwäche des Sehvermögens links seit Ostern 92. Häufiges Erbrechen; starker Kopfschmerz, besonders in der rechten Parietalgegend, welche bei Berührung empfindlich ist. Apathischer Zustand, Lücken im Gedächtniss; sonst Intelligenz gut bis zum Ende. Keine Spur von Acromegalie. Urin frei von Zucker und Eiweiss. Parese der levator. palpebrar.; leichte Parese der Recti interni; etwas Nystagmus beim Blick nach rechts, nicht beim Sehen nach links. Gleiche, nicht auf Licht reagirende Pupillen. Atrophia optica. Parese des Facialis. sinist. Keine Parese der Extremitäten. Keine Gefühlsstörungen. Plantarreflexe nicht deutlich gesteigert, dagegen Patellarreflexe und Armreflexe gesteigert. Hartnäckige Stuhlverstopfung. Keine Krämpfe; aber Anfälle von stertorösem Athmen. Später Abweichen der Zunge nach rechts und Abmagerung der rechten Zungenhälfte. Grosse Schwäche. Nach mehreren Monaten vorübergehende Parese des linken Armes und Beines. Auftreten von Sprachbeschwerden. Tod 10 Monate nach Beginn der Krankheit.

Section: Es wird ein grosses Sarcom der Zirbeldrüse gefunden, welches den Pons beträchtlich abgeplattet hat und ebenfalls die Nervi optici, die 3. und 4. Hirnnerven, die Crura cerebri abgeplattet und zum Theil zur Degeration gebracht hat. Das Fehlen der Acromegalie und Glycosurie ist in diesem Fall beachtenswerth. Wichmann.

---

381) **Henry Handford**: A case of cerebellar tumour with loss of the knee-jerks.

(Brain. Autumn-Winter, 1892, pag. 458.)

Ein 16jähriger Junge leidet seit 3 Monaten an Blödsinn, gefolgt von Kopfschmerz, hauptsächlich in der Stirn, Schwindel, Unsicherheit beim Gehen, Ataxie und gelegentlichem Kriebelgefühl in Händen und Füssen. Später traten Krampfanfälle auf, die mit Schmerz im Nacken und Kopf begannen. Es entwickelt sich in den letzten Monaten Sehschwäche, er antwortet langsam auf Fragen. Das Bemerkenswerthe des Falles ist völliges Fehlen der Patellarreflexe beiderseits, bei Erhaltensein der Plantar- und Bauchreflexe und bei geringem Fussclonus beiderseits. Keine Anästhesie oder Analgesie. Doppelseitige Neuritis optica. Später zeigt sich Abducensparese und leichter Nystagmus, weite, unvollkommen auf Licht reagirende Pupillen, Hämorrhagien der Retina. Allmählich entwickelt sich Amaurose. Neigung beim Stehen nach rückwärts zu fallen; später verliert sich der Fussclonus. Temperatur blieb normal. Unter Schluck- und Athembeschwerden starb Patient; ohne Decubitus. Gesammtkrankheitsverlauf dauerte 6 Monate.

Die Section ergab einen wallnussgrossen Tumor an der Unterfläche des Kleinhirns, vom Mittellappen entspringend; er comprimirte die Medulla und verschloss das Foramen Majendii. Hirnnerven waren nicht direct afficirt. Der Tumor hatte den ganzen Mittellappen des Kleinhirns zerstört und dehnte sich nach beiden Seitenlappen, besonders dem linken, aus; es

war ein Sarcom. Das Rückenmark wurde nicht untersucht; doch weist nichts auf dessen Erkrankung hin. Fehlen der Patellarreflexe bei Kleinhirntumoren ist öfters beobachtet worden; eine Erklärung fehlt dafür.

Wichmann.

---

382) **Landon Carter Gray**: Tumour of centrum ovale, causing Paralysis of motion and muscular sense; Operation; Death.

(Brain. Autumn-Winter, 1892, pag. 443.)

Ein 38jähriger Mann hatte vor einigen Jahren Symptome der Menière-schen Krankheit gezeigt. Kürzlich war ihm ein Angiom des Kniees entfernt. Er litt seit 2 Wochen an allmählichem Schwächerwerden des rechten Armes und Beines, an Kopfschmerzen auf dem Scheitel, in der linken Kopfseite und später in der Stirn. Es besteht bei der Aufnahme ein harter Tumor im Scarpa'schen Dreieck. Krämpfe fehlen.

Status: Beträchtliche motor. Lähmung des rechten Beines, geringe des rechten Armes. Im Fuss leichte Herabsetzung der Berührungs- und Schmerzempfindung bei Erhaltung des Temperatursinnes. Der Muskelsinn war deutlich herabgesetzt. In der rechten Hand waren Berührungs-, Schmerz-, Muskel- und Temperatursinn unverändert. Rechts gesteigerter Patellarreflex; sonst nichts abnormes. Es wurde die Diagnose: Tumor des linken Centrum ovale gestellt.

Nach 14 Tagen hatte die Lähmung zugenommen. Es war leichte Herabsetzung der Berührungs- und Schmerzempfindung in der rechten Hand bei normaler Temperaturempfindung und deutlich herabgesetztem Muskelsinn aufgetreten. Der Stirnkopfschmerz war heftiger. Intelligenz intact. Keine Krämpfe, kein Erbrechen. Linker Augapfel erscheint etwas prominent. Bei der am folgenden Tage vorgenommenen Trepanation wird bei Probepunctionen nichts gefunden. Nach 3 Tagen Tod. Die Section ergiebt einen nussgrossen weichen Tumor (melanotisches Rundzellensarcom) in der aufsteigenden Parietalwindung nach ihrem hinteren Rande zu etwa $^1/_4$ Zoll unter der Oberfläche auf der Grenze des oberen und mittleren Drittels. Es zeigte sich, dass bei den Probepunctionen der Tumor mit der Nadel durchstochen, aber wegen seiner Weichheit nicht gefühlt war.

Wichmann.

---

383) **L. Bremer** und **N. B. Carson** (St. Louis): Aphasia due to subdural Hemorrhage without external signs of injury. Operation. Recovery.

(Amer. Journ. of Med. sc. Febr. 1892.)

Ein junger Mann, 21 Jahre alt, wird — etwa 8 Tage nach einem im Rausche stattgefundenen Falle auf den Kopf — plötzlich bewusstlos. Bald wieder zu sich gekommen, konnte er sich ohne Hilfe auskleiden. In der folgenden Woche entwickelt sich Aphasie unter immer schwereren Symptomen von Hirndruck. Es wird extradurale Hämorrhagie in der Broca'schen Region diagnosticirt und trepanirt, wonach ein Coagulum subdural gefunden und entfernt wird; Pat. wird 17 Tage nach der Operation vollständig geheilt entlassen. Verff. erörtern die Differentialdiagnose der meningealen und der cerebralen Blutung und die Indication der Trepanation. Sie heben hervor, dass solche Patienten oft schläfrig werden und zu Bette gehen,

dass aber in der horizontalen Lage die Blutung leichter fortfährt und tödlich werden kann. — Wo man Hirnblutung fürchtet, soll Pat. desshalb immer aufgestützt sitzen. Bemerkenswerth ist auch das achttägige symptomenfreie Intervall. Henrik Dedichen (Horten).

---

384) **Thomas Savill**: Another case of anaesthesia due to Lesion of the Gyrus fornicatus.

(Brain. Autumn-Winter, 1892, pg. 448.)

Ein 47jähriger Mann leidet seit 3 Jahren an Krampfanfällen; nach einem solchen Anfall bleibt linksseitige Hemiplegie zurück. Es bestand bei der Aufnahme theilweiser Verlust der Kraft und etwas Rigidität im linken Arm und Bein, sowie beträchtliche Herabsetzung der Sensibilität. Die Berührungsempfindung fehlte im linken Arm beinahe ganz; im Bein und anderen Körpertheilen war sie normal. Herabsetzung des Patellarreflexes links; kein Fussclonus. Linke Pupille grösser als rechte. Keine Lähmung der Hirnnerven.

Nach 5 Tagen hatte er einen Krampfanfall mit vorhergehender Parästhesie, als wenn Wasser an der linken Seite herabfliesst, mit Zuckungen in der linken Schulter, Anziehen des linken Beines, clonischen den Kopf und die Augen nach rechts drehenden Krämpfen. Dann folgen allgemeine clonische Krämpfe im linken Arm und Bein, während das rechte Bein und der rechte Arm in tonischer Spannung ist. Weit offene Augen; Zähneknirschen; Bewusstlosigkeit. Tod nach mehrfachen Krampfanfällen nach einigen Tagen.

Section ergab: Ungefähr orangegrosses Rundzellensarcom im hinteren Theile des Hirns, umgeben von einer Zone von Erweichung und Congestion, die bis zur Hirnoberfläche reicht. Die Erweichung entspricht den lobul. paracentral. und quadrat. und dem hinteren Drittel des Gyrus fornicatus. S. schliesst, dass der Fall dafür spreche, dass der hintere Theil des Gyrus fornicatus wahrscheinlich das cerebrale Centrum für die Berührungsempfindung des Armes sei. Wichmann.

---

385) **Edwin L. Dunn**: Case of homonymous hemianopsia with post-mortem appearances.

(Brain. Autumn-Winter, 1892, pag. 452.)

Eine 43jährige, dem Alcoholgenuss ergebene Frau wird mit Parese der linken Seite aufgenommen. Beständiges convulsives Zucken im linken Arm und Bein. Deutliche Anästhesie dieser Theile. Leichte Ptosis links. Pupillen frei. Abweichen der Zunge nach links. Patellarreflex links stärker. Während einige Symptome zurückgehen, wird linksseitige homonyme Hemianopsie bemerkt; keine Veränderung der Farbenempfindung. Später rechtsseitiger Kopfschmerz; erweiterte Pupillen; maniacalische Erregungszustände; völlige Lähmung des linken Armes und Beines. Tod an Pneumonie.

Section: In der rechten Hemisphäre fand sich erkrankt der Parietalgyrus, Gyrus supra-marginalis und angularis; Temporalis superior; occipitalis superior und der hintere Theil des Gyrus fornicatus. Auf Horizontal-Schnitten zeigt sich das hintere Drittel des Daches des absteigenden Horns und das ganze Dach des Hinterhorns des Seitenventrikels erkrankt. Eine

kleine erbsengrosse Cyste sitzt im hinteren Theil des absteigenden Horns. D. hält diese Cyste für die primäre Affection in diesem Fall und glaubt, durch sie sei die Hemianopsie bedingt. Trotz Erkrankung des Gyrus angularis bestand keine gekreuzte Amblyopie. Wichmann.

---

386) **W. Zinn:** Das Rindenfeld des Auges in seinen Beziehungen zu den primären Opticuscentren, ein Beitrag zur patholog. Anatomie des centralen Sehapparates.

(Würzburg. Inaug. Dissert. 1892.)

Bei einem 48jährigen Manne, der unter dem Symptomenbilde der progressiven Paralyse erkrankt war, ergab die Section einen Erweichungsherd im linken Occipitalhirn, welcher die ganze Umgebung der fissura calcarina, den gyrus occipitalis I und II, den lobus lingualis, den gyrus occipito-temporalis, den gyrus hippocampi, den cuneus und den praecuneus mehr oder weniger zerstört hatte. Diesem Herde entsprach eine Schrumpfung der „primären Opticuscentren" der linken Seite, des corpus geniculatum externum, des pulvinar Thalami optici und des corpus quadrigeminum anterius. Der linke tractus opticus war gleichfalls geschrumpft. Die übrigen Theile des Gehirns waren unverändert. Behr-Riga.

---

387) Prof. **W. v. Bechterew:** Ueber den Einfluss der Suspension auf die Sehstörung bei Affectionen des Rückenmarks. — Nach den Untersuchungen von Dr. B. Worotynski.

(Neurol. Centralblatt 1893, Nr. 7.)

Zur Suspension wurde ein von Dr. Sprimon angegebener (im Original genau beschriebener) Apparat benutzt, welcher einmal die Dehnung der Wirbelsäule auch in sitzender Stellung ermöglicht, dann aber besonders den Vorzug vor anderen Apparaten besitzt, dass das dehnende Gewicht beliebig abgeändert und somit auch allmählig vergrössert werden kann. Die Dauer jeder Suspension konnte bei verhältnissmässig geringen Gewichten länger als gewöhnlich ausgedehnt werden und betrug je nach der Widerstandsfähigkeit des Kranken 5—15 Minuten.

v. B. führt nun 3 Fälle von Sehstörungen an (2 Fälle von Tabes, 1 Fall von Tuberculose der Wirbelsäule), wo bereits nach einigen Sitzungen wesentliche Besserung des Sehvermögens auftrat, die mehr oder weniger lang anhielt. In einem Falle brachte nach Verschlechterung des Sehvermögens die Wiederaufnahme der Suspensionen (3 Sitzungen) das Sehvermögen auf den status quo ante.

Wenn auch v. B. betont, dass nicht alle Fälle sich unter der Suspensionsbehandlung verbessern, hält er doch in Anbetracht der Erfolglosigkeit medicamentöser Mittel diese Behandlung der durch Affection des Rückenmarks bedingten Sehstörungen für beachtenswerth. Hoppe.

---

388) **Février:** Incision du nerf maxillaire supérieur et du ganglion de Meckel pour névralgie rebelle. Vortrag auf Congrès franç. de chir., 3.—8. avr.

(Le Bullet. méd. 1893, Nr. 30.)

Seit 22 Jahren bestehende äusserst heftige Neuralgie im 2. Trigeminusaste, bei der die Resection des supra- und infra-orbitalis bisher ohne Erfolg

ausgeführt worden war. — Seit der Incision des Ganglion Meckelii (Operation nach Lossen-Braun) sind nun die Schmerzen geschwunden. Als einzige unangenehme Folge ist eine leichte Parese des Orbicularis dexter zurückgeblieben.

Chalot berichtet über die gleiche in 3 Fällen ausgeführte Operation; einmal darunter mit bleibendem Erfolge, in den beiden anderen Fällen blieb die Neuralgie im supramaxillaris fort, in dem inframaxillaris jedoch bestehen.

Buschan.

---

389) **Doyen**: Section intra-crânienne du trijumeau et extirpation du ganglion de Gasser. Vortrag auf congrés français de chirurg., 3.—8. avril.

(Le Bullet. méd. 1893, Nr. 30.)

Alte Neuralgie des gesammten Trigeminus. Operation, die in ihren Einzelheiten beschrieben wird. Exstirpation des Ganglion Gasseri unterhalb des sin-petros. super. Der Kranke genas ohne die geringste Reaction. Schmerzen seitdem vollständig geschwunden. Keine sonderlichen oculären Störungen zurückgeblieben — beim Thierversuch Verlust des Auges —, nur Unempfindlichkeit der Hornhaut. Buschan.

---

390) **Babes**-Bukarest: Weitere Mittheilungen über die Behandlung der Neurasthenie, Melancholie und gemeinen Epilepsie mittelst Injectionen normaler Nervensubstanz.

(Deutsch. med. Wochenschr. 1893, Nr. 12.)

Babes hat auf Grund von Beobachtungen, die er früher bei der Behandlung von an Tollwuth Erkrankten gemacht hatte, auch bei Neurasthenikern, Melancholikern und Epileptikern Injectionen von normaler Gehirnsubstanz gemacht und führt 25 Krankengeschichten an, aus denen die Wirksamkeit seiner Behandlungsmethode hervorgehen soll. Ausser den beschriebenen Fällen wurden in seinem Institute noch 12 Fälle von Epilepsie auf „hysterischer Basis“ oder mit Schädeldifformitäten, ferner solche mit langen Intervallen behandelt. Ebenso hat Herr Dr. Tomescu Versuche an einer Reihe von Epileptikern mit Geistesstörung, namentlich Manie, angestellt. Doch konnte bloss Besserung des Allgemeinbefindens, nicht aber des Grundleidens festgestellt werden. Verfasser glaubt zum Schluss, diese Behandlung der im Titel genannten Krankheiten, sowie ähnlicher Zustände empfehlen zu dürfen.

Peltesohn.

---

391) Dr. **C. C. Delprat**-Amsterdam: Ueber den Werth der electrischen Behandlung bei Schlaflähmungen.

(Deutsche medicin. Wochenschr. 1893.)

Verf. hatte sich seit 1882 mit der Frage beschäftigt, ob bei der Behandlung der peripherischen Lähmungen der faradische Strom oder der constante vorzuziehen sei. Seitdem Möbius und nach ihm andere Autoren behauptet haben, dass die Heilerfolge der Electrotherapie in Wirklichkeit gleich Null seien oder höchstens als Suggestion aufzufassen seien, dehnte Delprat die Untersuchung auf die Frage aus, ob überhaupt von der electrischen Behandlung ein Nutzen zu erwarten sei. Er hat zur Lösung dieser Frage 10 Jahre lang sämmtliche Fälle von Schlaflähmung der oberen

Extremität, bei der es möglich ist, den Grad der Lähmung (Federdynamometer von Matthieu) und die während der „Behandlung“ eingetretene Besserung in Ziffern anzugeben mit dem faradischen, dem constanten Strome und mit pseudo-electrischen Maassnahmen behandelt und ist dabei zu folgenden überraschenden Schlüssen gekommen: Die nur scheinbar behandelten Fälle, im Allgemeinen die schwersten Fälle, machten den grössten Fortschritt. Die von dem Verfasser angewandten electrischen Methoden (Faradisirung der Muskeln und Nerven mit kräftig erregenden Strömen, Galvanisirung nach Erb — Nerven und Muskeln wurden mit einer differenten Electrode (10 c M^2), Stromstärke 3—4 M. A. labil gereizt —) lassen keinen Unterschied in der Wirkung erkennen. Jedenfalls ist er nie grösser als der einer rein suggestiven Pseudobehandlung. Endlich scheint sich die Suggestion nicht in der von Möbius gedachten Weise geltend zu machen, sonst würde der Effect in denjenigen Fällen, wo der Strom stark gefühlt wird, grösser sein müssen.

Der Artikel verlangt trotz seiner stark ausgeprägten Negation doch eine aufmerksame Beachtung sowohl wegen der Ernsthaftigkeit der Beweisführung, als auch wegen der langen Dauer der Beobachtungen.

Peltesohn.

---

392) **Paul Guttmann**: Ueber Tolypyrin. — Vortr. in der Berl. med. Gesellsch., 8./III. 93.

(Berl. klin. Wochenschr. 1893, Nr. 11.)

Tolypyrin ist ein dem Antipyrin ähnlicher, von Dr. Thoms in der chemischen Fabrik J. D. Riedel in Berlin dargestellter Körper, welcher ebenso wie das Antipyrin antineuralgische, antirheumatische und antipyretische Eigenschaften hat, demselben in der Stärke seiner Wirkung gleichkommt, aber billiger ist wie das Antipyrin.

Hoppe.

---

393) **Lancereaux**: Traitement du délire aigu.

(Le Bullet. médic. 1893, Nr. 15.)

Die Hauptindication zur Bekämpfung des acuten alcoholischen Deliriums heisst, den Kranken in Schlaf bringen. Isolation, dunkles Zimmer. Zwangsjacke ist zu vermeiden, weil sie den Kranken noch mehr aufregt und Erschöpfung resp. Tod leicht herbeiführt. Von den Narcoticis sind die Bromide wegen ihrer langsamen Wirkung nicht zu empfehlen. Von Opium und Morphium ist mehr Erfolg zu erhoffen, jedoch gehören hierzu sehr hohe Dosen. Aus diesem Grunde zieht L. das Chloralhydrat allen Mitteln vor, dessen prompte und rapide Wirkung er seit 1873 bereits vielfach erfahren hat. Jedoch ist Bedingung, grosse Dosen zu geben; denn schwache Dosen regen den Alcoholiker noch mehr auf, anstatt ihn zu beruhigen.

L. verschreibt sogleich 4—6 g Chloral hydrat. (in 150 Lindenblüthenaufguss) und 50 g. syrup. Morph. Erfolgt nach 10 Minuten noch kein Schlaf, so injicirt er noch 1 – 2 cg Morphium. Ehe der Kranke nicht eingeschlafen ist, verlässt L. ihn nicht. Im Bedarfsfalle verabreicht er noch einmal die obige Medicin, indem er von der Ueberzeugung ausgeht, dass

das Leben des Deliranten in den Händen des Arztes liegt und dass ihm Schlaf bringen gleichwerthig ist mit: ihn vor dem Tode bewahren.

Buschan-Stettin.

---

394) **Roméo Mongardi** (annales des malad. de l'oreille 1892, déc.) hat in 3 Fällen von Menière'schem Schwindel durch dreimalige Darreichung von 3 g Bromkali p. die und Pillen folgender Zusammenstellung Heilung erzielt, die anhaltend war. Rp. Ferrum valerian 1,0, Opium 0,25, Extr. et pulv. Casc. sagr. f. pilqu. s. u. Nr. 12.

Der Vorzug dieser Methode vor der Charcot'schen (Chinin) soll bestehen: 1. in einer deutlichen Besserung des Gehörs, 2. einem Verschwinden des Schwindels vom ersten Tage der Behandlung an, 3. einem Verschwinden des beständigen Gefühls der Gleichgewichtsstörung.

Buschan-Stettin.

---

395) **Hirschberg:** Traitement mécanique de l'ataxie locomotrice.
(Bull. de thérap. 1893, 30. janv. Le Bullet. méd. 1893, 15. févr.)

Die von Frenkel inaugurirte mechanische Behandlung der Tabes ist von Hirschberg im Hôpital Couchin in einer Reihe von Fällen mit Erfolg versucht worden. Das Princip dieser Methode besteht darin, dass man den Kranken mehr oder weniger complicirte, indessen rationelle Bewegungen ausführen lässt und dabei darauf Gewicht legt, dass derselbe aufmerksam die Contraction seiner Muskeln beobachtet und bestrebt ist, die Unregelmässigkeiten, die seine Ataxie mit sich bringt, zu corrigiren. Frenkel ging dabei von dem Gedanken aus, dass der Atactische einem Menschen vergleichbar ist, der von Neuem lernen muss, die Coordination seiner Muskelbewegungen zu beherrschen und dass man in gleicher Weise die Ataxie bei neugeborenen Kindern ausgeprägt findet.

Hirschberg übt folgende Methode: Er lässt jeder gymnastischen Sitzung, die im Durchschnitt eine halbe Stunde, die Ruhepausen zwischen den einzelnen Uebungen nicht mitgerechnet, beträgt, eine Massage der Beine folgen, um die Ermüdungsproducte zu beseitigen und die Ernährung anzuregen. Er beginnt die Sitzung mit einfachen Uebungen:

1. Sitzende Stellung, die Beine entblösst. Flexion, Extension, Abduction, Adduction zuerst mit einem, dann mit dem andern, schliesslich gleichzeitig mit beiden Beinen.

2. Flexion der Kniee, zuerst einseitig, dann beide Kniee gleichzeitig.

3. Flexion, Extension, Adduction und Abduction der Hüften in derselben Weise.

Jede Uebung wird wiederholt, bis der Kranke dazu kommt, seine Muskelbewegungen zu beherrschen. Schon nach wenigen Sitzungen kann man beobachten, dass er die Bewegungen mit mehr Regelmässigkeit und Exactheit ausführt. Dann geht man zu complicirteren Uebungen bei aufrechter Haltung des Kranken über.

4. Langsam sich hinsetzen und aufstehen vom Sitz ohne Hülfe eines Stockes.

5. Der Kranke steht aufrecht und stützt sich auf den Stock. Er hebt den linken Fuss und setzt ihn in gewöhnlicher Schrittlänge sacht vor

sich wieder hin, dann setzt er ihn unter denselben Vorsichtsmassregeln wieder auf seinen Platz; dieselbe Uebung mit dem rechten Fuss.

6. Zehn Schritte nach vorn marschiren mit Unterstützung des Stockes, desgleichen langsam zurückgehen, indem man den Fuss fest auf die Erde setzt.

7. Aufrecht stehen ohne Stock mit etwas gespreizten Beinen und den Händen in den Hüften. In dieser Stellung in die Kniebeuge gehen und sich langsam aufrichten.

8. Wie bei Nr. 5, nur 4 Tempos. Fuss nach vorn setzen, dann auf seinen Platz, weiter dann nach hinten und wieder auf seinen Platz.

9. Zwanzig Schritte marschiren in Uebung 6.

10. Uebung Nr. 5, aber ohne Stock.

11. Feststehen ohne Stock wie Nr. 7, aber mit geschlossenen Füssen.

12. Dasselbe, aber mit gespreizten Füssen; dabei die üblichen Armübungen.

13. Aufrechte Stellung wie bei Nr. 12. Hände in den Hüften. Rumpfbeugen nach allen Richtungen.

14. Uebung Nr. 12 mit geschlossenen Füssen.

15. Uebung Nr. 13 mit geschlossenen Füssen.

16. Mit Hülfe des Stockes auf einer geraden Linie entlang gehen.

17. Dieselbe Uebung ohne Stock.

Es ist selbstverständlich, dass man nicht jeden Tabiker nach diesem Schema schablonenmässig behandeln, sondern die Uebungen nach dem Character der Ataxie, ihrer Stärke und dem Zustande der Muskeln modificiren wird.

Hirschberg fasst seine Erfahrungen unter folgende Gesichtspunkte zusammen:

a) Die atactischen Bewegungen der Tabiker können eine sehr ausgesprochene Besserung durch die Methode Frenkel erfahren.

b) Vernünftige gymnastische Uebungen erhöhen und entwickeln die Muskelkraft in den ergriffenen Extremitäten.

c) Die Uebungen bessern unter Controlle des Willens des Kranken die Coordination.

d) Gleichzeitig hebt man das Selbstvertrauen des Kranken, dessen Mangel so häufig das Leiden verschlimmert.

e) Die Methode ist in allen Stadien der Tabes indicirt; die besten Resultate erhält man, wenn der Kranke noch nicht völlig aufgehört hat, zu gehen.

f) Dieselbe ist dagegen contraindicirt bei rapidem Verlauf des Leidens, d. h. wenn die Symptome sich in weniger als 2 Jahren ausgebildet haben, wenn der Allgemeinzustand besonders schlecht ist und hauptsächlich wenn die Gelenke ergriffen sind. Buschan-Stettin.

---

396) **G. Blomberg**: Om Metylenblaat-Injectionen mod Neuralgier.
(Norsk Mag. f. Laegevidensk. 1892, VII. Bd., S. 1412.)

Im „Rigshospital“ in Christiania hat der Verf. das Methylenblau in 6 Fällen von Ischias versucht. Das Mittel wurde theils als subcutane Injection, theils innerlich in Kapseln gegeben. Es zeigte sich ziemlich constant, dass die Injection unmittelbar einen Anfall von recht heftigen

Schmerzen verursachte. Nach ein bis zwei Stunden schwanden gewöhnlich sowohl diese wie die ursprünglichen Schmerzen und im Ganzen meint der Verf., dass man das Mittel als ein recht werthvolles Adjuvans in der Ischiasbehandlung bezeichnen muss. Koch (Kopenhagen).

397) **M. Dinkler**: Ueber die Berechtigung und die Wirkung des Quecksilbers bei Tabes dorsalis. — Aus der medicinischen Klinik des Herrn Prof. Erb in Heidelberg.

(Berl. klin. Wochenschr, Nr. 15, 16, 17, 18, 20.)

D. ist in der Lage, zur Entscheidung der Streitfrage über den Werth des Quecksilbers bei Tabes dorsalis über 71 Fälle aus der Erb'schen Klinik zu berichten, welche in den letzten 5 Jahren mit Inunctionskuren behandelt worden sind. Es wurden je 3—5,0 Ung. cinereum 20 bis 25mal hintereinander eingerieben, wobei auf sorgfältige Mundpflege, kräftige Diät, möglichste Ruhe gesehen und 1—3 warme Vollbäder wöchentlich verabreicht wurden. Wieviel Quecksilber Tabiker vertragen können, zeigt ein Fall, wo im Laufe von 6 Jahren ca. 4000 gm. Ung. hydragyr. (auf eigene Faust) ohne schädliche Folgen eingerieben wurden.

D. theilt sämmtliche Beobachtungen ausführlich mit und trennt dieselben in 3 Gruppen: I. 58 Fälle, in welchen eine Besserung einzelner oder mehrerer Krankheitserscheinungen eingetreten ist; II. 11 Fälle, in welchen sich keine wesentlichen Aenderungen und III. 2 Fälle, in welchen sich eine Verschlimmerung herausgestellt hat. In diesen beiden Fällen trat 2 resp. 7 Monate nach der Schmierkur der exitus letalis ein; doch hat die Section des ersten durch den Befund einer diffusen syphilitischen Arterien- und Meningenerkrankung die Schmierkur als rationell und streng indicirt erwiesen, während beim zweiten das Vorhandensein schwerer cerebraler Symptome von vorneherein wenig Erfolg erwarten liess. Nach D. spricht die grosse Zahl von 58 Besserungen gegenüber den 11 Fällen, wo keine Wirkung beobachtet wurde, zweifellos dafür, dass ein günstiger Erfolg die Regel bildet. Die Parästhesien schwanden entweder gänzlich oder traten in grösseren Intervallen als früher auf oder zeigten eine Abnahme ihrer Intensität. Besonders wurden die lancinirenden Schmerzen in den Beinen gemildert oder gehoben, während die übrigen Krisen wenig beeinflusst wurden. Auch die Anästhesien und Analgesien erfuhren häufig eine Besserung. Die atactischen Symptome wurden in einer grossen Reihe geringer, in mehreren schwand die Ataxie sogar völlig. Doch war ebenso wie bei den sensibeln Erscheinungen ein gewisser Wechsel zu constatiren, indem nach Monaten und Jahren die Erscheinungen sich wieder verschlimmerten. Wesentlich günstiger wurden die motorischen Störungen (von der leichten Ermüdbarkeit bis zur hochgradigen Parese) beeinflusst, auch bezüglich der Patellarreflexe trat in vielen Fällen eine Besserung ein. Bei den Störungen des Sehapparats ist besonders hervorzuheben, dass die tabische Sehnervenatrophie mehrfach günstig beeinflusst wurde; ein Patient, welcher geführt werden musste, wurde nach 56 Einreibungen so sicher, dass er Schlittschuhe laufen konnte. Von Seiten der Blase, des Mastdarms und bezüglich der Potenz wurden gleichfalls vielfache Besserungen beobachtet. Dabei ist die Hebung des Allgemeinbefindens und die Zunahme des Körpergewichts

(4—5 kgm in 1—$1^1/_2$ Monaten) bei der grossen Mehrzahl der Kranken zu betonen. Wenn auch die Besserungen meist nur vorübergehend waren, so weist D. darauf hin, dass im Allgemeinen Recidive bei der Syphilis nach energischen Schmierkuren (manchmal schon nach einigen Wochen) nicht selten sind; Verschlimmerungen der tabischen Symptome nach temporärer Besserung lassen nur die Fortsetzung der Hg-Kur indicirt erscheinen.

D. kommt auf Grund seines Beobachtungsmaterials zu dem Schluss, dass das Quecksilber zwar keine Panacee für die Tabes dorsalis ist, dass aber die mercurielle Behandlung der Tabes auf Grund der ätiologischen pathologisch-anatomischen und klinischen Forschung berechtigt ist, dass sie ferner nicht nur keine schädlichen Folgen hat, sondern bei der Mehrzahl der Kranken zweifellose Besserungen herbeiführt. Hoppe.

---

398) **W. F Robinson** (Albany): The electrical treatment of certain phases of neurasthenia.

(The journal of nervous and mental disease, Jan. 1893.)

Verf. empfiehlt den Gebrauch der verschiedenen electrischen Stromesarten auch bei denjenigen Formen der Neurasthenie, bei denen die hypochondrische Stimmung meist verbunden mit Kopfdruck, Kopfschmerz und Schwindel die Hauptrollen spielen. Man muss öfters die Nützlichkeit der einen oder anderen Stromesart ausprobiren. Strauscheid.

---

399) **Féré** et **Schmid**: Elongation des nerfs dans l'hémiplegie infantile avec épilepsie.

(Bullet. de la soc. de méd. ment. en Belgique. 1893. 68.)

5 Fälle von Hemiplegie spasmodique infantile behandelte Verf. durch Dehnung des N. medianus bezw. radialis. Einen dauernden günetigen Einfluss auf das Leiden konnte er nur insofern bemerken, als die Schmerzen in den contracturirten Gliedern nachliessen. Einen Nachlass der athetotischen Bewegungen in den operirten Gliedern, sowie eine günstige Beeinflussung der begleitenden Epilepsie konnte er nicht constatiren. Die epileptischen Anfälle traten in einigen Fällen nach der Operation in erhöhter Frequenz auf.

Lehmann (Werneck).

---

400) **A. G. Gerster** und **B. Sachs** (New-York): The surgical treatment of epilepsy.

(The amer. journ. of the med. sc., Nov. 92.)

Die Verf. haben 10 Fälle von Epilepsie operirt, jedoch ohne bedeutenden Erfolg, obwohl nur solche von traumatischem oder localem Ursprung gewählt waren. Die Erfolglosigkeit sei durch die secundären Entartungen verursacht, wesshalb alte Fälle von Epilepsie nicht operirt werden sollten. Meistens wurde nur Trepanation gemacht, nur zweimal Excisio corticis. Verf. heben hervor, dass die Faradisation der Dura dasselbe leistet, dass man durch Faradisation den Cortex erreichen kann, dass möglicherweise diese Methode auch bei Cysten Erfolg verspricht, aber nicht, wenn „the brain tissue has seriously altered by disease".

Henrik Dedichen (Horten).

---

401) Prof. **J. Nicolaysen** (Christiania) : Tumor endocranialis. Extirpatio. Helbredelse.

(Norsk Mag. f. Lægevid,, Nov. 1892.)

B. A. 50 Jahre, hat mehrere Jahre an bald rechtsseitiger, bald linksseitiger Kephalalgie, vertigo, nausea und Nebelsehen gelitten. Keine andere (Druck-) Phänomene. Im März 1892 wurde in der rechten Schläfengegend ein kleiner Tumor beobachtet, der im Juli apfelgross geworden war, dabei gespannt, pulsirend und mit der Schädelhöhle communicirend. Keine Paralysen oder Krämpfe.

Durch die Operation wurde ein rundzelliges Sarcom entfernt, das ohne die Dura zu perforiren, eine Vertiefung von $3^1/_2 \times 4^1/_2$ cm hervorgebracht hatte. Diese war schon 30 Tage später nicht mehr zu sehen. Pat. wurde ohne Schmerzen und lebhafter als zuvor entlassen.

Henrick Dedichen (Horten).

---

402) **Laschi** u. **Lombroso**: Intracranieller Tumor. Exstirpation. Heilung.

(Arch. di Psich., scienze Penale e d'anthr. crim. 1892, VI. Heft.)

Der von den Verfassern beschriebene Fall zeigt folgenden Krankheitsverlauf: Eine Monoplegia brachialis dextra entwickelt sich allmählich mit besonderer Betheiligung einiger Muskelgruppen, welche beim Zusammenwirken einer bestimmten motorischen Function dienen. Zuerst stellten sich Anfälle von unbestimmten Schmerzen in der befallenen Extremität ein, dann wurden sie dauernd und waren von vorübergehender Muskelschwäche begleitet. Später traten Anfälle von Jackson'scher Epilepsie im Arm und im Gesicht auf, denen eine leichte dauernde Lähmung des Facialis, speciell des unteren Theils, und des Hypoglossus folgte.

Zum Schluss trat leichter Stirnkopfschmerz, Sinken des Allgemeinbefindens, vorübergehende Sprachstörungen und Verringerung der Vernunft, der Aufmerksamkeit und des Verstandes auf.

Es wurde die Diagnose auf einen intracraniellen Tumor von geringer Ausdehnung gestellt, mit Compression der Rindentheile um die Mitte der Rolando'schen Furche, speciell im Bereich der zweiten Frontalwindung.

Bei der Operation bildete man nach dem Vorgang von Lucas-Championnière einen halbkreisförmigen Schnitt mit der Basis nach der Pfeilnaht, um in ausgedehnter Weise das Schädeldach in einem Bezirke zu öffnen, der in seiner Mitte die Richtung der Rolando'schen Furche einschloss, Nach Durchtrennung des Periosts legte man eine Oeffnung an, die ein wenig kleiner war, als der Schnitt in den Weichtheilen, durchtrennte die Meningen und es gelang darauf dem Operateur, einen harten Körper von ungefähr Taubeneigrösse durchzufühlen. Der Tumor wurde vollkommen freigelegt und sodann mit alleiniger Hülfe des Fingers herausgeschält. Die Geschwulst, die sich jetzt präsentirte, war gestielt, von elliptischer Form und der Grösse eines grossen Taubeneies. Ihr Längendurchmesser betrug 3,8, der Querdurchmesser 2,3 cm, die Consistenz war weich-elastisch, sie liess sich leicht durchschneiden und auf dem Durchschnitt zeigte sie dem blossen Auge ein homogenes Gefüge und eine etwas hellere Farbe als auf der Aussenfläche. Ungefähr 10 Tage nach der

Operation wurde der Kranke aus dem Hospital entlassen ohne das geringste Zeichen von Sprachstörung oder Bewegungsstörung im Bereich der unteren Extremität, des Facialis und des Hypoglossus. Die obere Extremität, die im Begriff war, sich immer mehr zu bessern, zeigt indess noch ziemliche Beschränkung der Bewegung beim Extendiren und Supiniren. Eine Atrophie, welche in der ersten Zeit nach der Operation sich besonders im Bereich der Schulter- und Armmuskulatur offenbarte, macht sich jetzt nur noch wenig bemerkbar.

Bei der histologischen Untersuchung erkannte man, dass es sich um ein alveoläres Endotheliom handelte (Ziegler's Sarcoma alveolare).

---

403) **Henry Mudd** (St. Louis, Mo.): Echinococcus multilocularis of the brain.

(The amer. journ. of the med. sc, April 92.)

Ein 12jähriges Mädchen bekam im Juli 90 Kopfweh, das nach dem Erscheinen einer kleinen Geschwulst über dem rechten Ohr verschwand. Es entwickelte sich danach eine typische linksseitige cerebrale Hemiparese mit Tremor. Die Geschwulst wurde für sarcomatös und Operation desshalb für indicirt gehalten. Bei dieser (März 91) hat man eine ziemlich grosse Echinococcuscyste gefunden. Das Mädchen wurde in guter Condition entlassen und zeigte im September gar keine krankhaften Symptome mehr.

Henrik Dedichen (Horten).

---

404) **De Forest Willard** and Dr. **J. H. Lloyd**: A case of porencephalon in which trephining was done for the relief of local symptoms; death from scarlet fevers.

(The amer. journ. of med. sc., April 92.)

Für dauernde, nach häufigen Convulsionen auftretende Athetose hat Dr. Willard explorative Trepanation gemacht undhochgradige Porencephalie gefunden, wesshalb die Oeffnung sofort geschlossen wurde. Pat. starb an Scarlatina, die Wunde zeigte sich aber aseptisch. Verf. kann sich in der Aetiologie weder an Strümpell noch an Richter schliessen, will aber die Ursache in „vascular disease or injurie“ sehen.

Henrik Dedichen (Horten).

---

405) **Charles Me Burney** and **M. Allen Starr** (New-York): A contribution to cerebral surgery. (Ein Beitrag zur Gehirnchirurgie.)

(The amer. Journ. of med. sc., April 93.)

Je grösser die Sicherheit der topischen Diagnostik der Gehirnkrankheiten wird, je häufiger wird das operative Verfahren und je bedeutungsvoller ein jeder Beitrag zur Bedeutung der Technik. Dabei ist zu bemerken, dass man vorzugsweise die gelungenen Fälle besprochen sieht, während die fatal endenden discret in Vergessenheit übergehen. Von 87 in der Litteratur besprochenen operirten Fällen haben die Verfasser 40 gelungen gefunden, d. h. 46%, was gewiss zu hoch ist. Sie heben aber hervor, dass die cerebralen Fälle viel bessere Prognosen geben als die cerebellaren, für welche auch die Technik viel schwieriger ist, d. h. nach Operation am cerebrum starben 51%, am cerebellum 77%, an Chok,

Sepsis oder Blutung, welche letztere Todesursache eine bedeutende Rolle spielt.

Verff. geben drei — fatal endende — Fälle, wovon zwei des cerebellum betrafen. Die Krankengeschichten sind sehr genau gegeben und mit instructiven Illustrationen versehen. Für die Diagnose der Vorderhirntumoren werthvoll ist „a loss of self-control and a consequent change of character", die „not conform to any type of insanity" ist, was schon vor 7 Jahren von Starr in The amer. Journal of med. sc. hervorgehoben worden ist.

Henrik Dedichen (Horten).

---

406) **Ge. F. Stevens** (New-York): L'influence de l'état des muscles moteurs de l'oeil sur l'expression du visage.

(Annales de l'Oculistique, October 1892.)

Die Physiognomik spielt in der Psychiatrie eine nicht unwichtige Rolle, denn hie und da ist man in die Lage gesetzt, allein durch die Kenntniss eines wohl characterisirten Gesichtsausdrucks eine Wahrscheinlichkeits-Diagnose zu stellen; es dürften daher die folgenden Beobachtungen und Ausführungen speciell für den Psychiater ein grösseres Interesse bieten. — Stevens hat während einer Reihe von Jahren den Anomalien der Augenmuskeln seine Aufmerksamkeit zugewendet, wobei er glaubt, folgende zwei Thatsachen beobachtet zu haben: 1. Bestimmten Anomalien in dem Tonus der Augenmuskeln entspricht ein wohl characterisirter Gesichtsausdruck; 2. beseitigt man die Anomalie von Seiten der Augenmuskeln, dann ändert sich auch in einer ganz bestimmten Weise der Gesichtsausdruck. Die Beobachtungen von Stevens erstrecken sich auf über 2000 Patienten, welche meist längere Zeit controllirt wurden. Stevens photographirte fast sämmtliche Untersuchten und zwar mehreremal, wenn es galt, den Erfolg einer Operation zu fixiren. — Verf. geht von folgendem Gesichtspunkte aus: Der ideale Zustand des Bewegungsapparates der Augen sollte ein solcher sein, dass die beiden Gesichtslinien sich im Zustande der Ruhe der Augenmuskeln in einem in der Unendlichkeit gelegenen Punkte schneiden. Dieser vollkommene Gleichgewichtszustand aller Muskeln ist nicht immer vorhanden, er ist sogar die Ausnahme. Man bezeichnet den vollkommenen Gleichgewichtszustand aller Augenmuskeln mit dem Ausdruck: Orthophorie.

Der Zustand, in dem die Augenmuskeln die Neigung haben, sich zu kreuzen, eine Neigung, die aufgehoben werden kann durch eine spontane oder unbewusste Anstrengung der Auswärtswender, wird als Esophorie bezeichnet. Der entgegengesetzte Zustand heisst: Exophorie. Besteht eine Neigung der Augenmuskeln, nach oben abzuweichen, so bezeichnet man diesen Zustand mit Hyperphorie. Es kommen auch Mischzustände der verschiedenen Formen vor. Am häufigsten sind Exophorie und Esophorie, weniger häufig Hyperphorie.

Bei der Orthophorie bietet der Gesichtsausdruck eine grosse Ruhe dar. Die Augenbrauen zeigen eine regelmässige wenig ausgesprochene Krümmung, dieselben folgen genau dem margo supraorbitalis, der untere Rand derselben steht damit in gleicher Höhe. Ihre inneren Endigungen neigen gegen die Nase zu, erreichen aber nicht die Vertiefung an der Nasenwurzel. Sie zeigen weder irgend eine Unterbrechung noch eine starke

Krümmungszunahme an ihren Enden. Der Mund steht nahezu horizontal oder ist in der Mitte leicht nach oben convex. Die Lippen sind fest geschlossen. — Die Nasolabialfalte ist weniger horizontal als bei der Esophorie und weniger vertical als bei der Exophorie. Die Falten der Stirne treten wenig hervor. — Es fehlt jede localisirte Anstrengung der Gesichtsmuskeln.

Bei der Esophorie sind die Augenbrauen nahe zusammengedrückt, oft abgeplattet; ihre Endigungen sind stark abwärts gewendet, das innere Ende erreicht die Grube an der Nasenwurzel. Die Lidspalte ist niedriger als bei der Orthophorie, viel niedriger als bei Exophorie. An dem inneren Ende der Augenbrauen nimmt je eine vertical nach aufwärts ziehende Linie ihren Ursprung. Die Oberlippe ist gewöhnlich kurz und die Convexität der Mitte des Mundes tritt meist stark hervor.

Bei der Exophorie ist die Augenbraue mehr gewölbt, oft nach der Stirn verschoben. Das innere Ende geht ziemlich steil aufwärts. Die horizontalen Stirnfalter liegen höher als bei der Esophorie, sind ziemlich stark ausgesprochen. Die Oberlippe ist lang und die Mitte des Mundes wölbt sich nach abwärts gegen ein spitzes Kinn. Das Gesicht erscheint lang. Die Lippen schlaff, leicht offen.

Die Hyperphorie ist durch unregelmässige Züge characterisirt. Auf der Seite, wo die Gesichtslinie sich über die andere zu erheben versucht, ist die Augenbraue zusammengedrückt, während sie auf der anderen Seite gehoben ist. Das eine Auge scheint tiefer zu liegen. Die Gesichtshälften sind ungleich. Der Mundwinkel ist nach oben abgewichen auf der Seite, wo die Augenbraue nach abwärts verlagert ist. Der andere Mundwinkel weicht nach unten ab.

Verfasser bespricht dann die in Betracht kommenden Gesichtsmuskeln in ihrer Wirkungsweise bei den verschiedenen Anomalien.

Die Betheiligung der Gesichtsmuskeln zeigt Verschiedenheiten, die bedingt sind durch den allgemeinen Zustand der Muskulatur des Individuums, durch die Beschaffenheit der Haut und des Unterhautbindegewebes. Die constantesten und characteristischsten Typen zeigt das mittlere Alter.

Ein besonders wichtiges Unterscheidungsmerkmal bildet die Beschaffenheit des Mundes resp. der Lippe. Kurze, nach oben convexe Oberlippe spricht mit grosser Wahrscheinlichkeit für Esophorie. Grosser Mund und lange Oberlippe mit der Convexität nach unten spricht für Exophorie. Schräger Mund kommt in erster Linie der Hyperphorie zu, dann auch der Esophorie.

Temperament, Gewohnheiten des Individuums, Schädelform können ebenfalls in grösserem Grade im Interesse des binocularen Sehaktes die Thätigkeit der Gesichtsmuskulatur beeinflussen.

Da die Thätigkeit der Gesichtsmuskeln bei obigen Zuständen den Zweck hat, das binoculare Sehen zu ermöglichen und zu erleichtern, so erhellt, dass diese Thätigkeit nicht stattfindet beim Strabismus ohne binocularen Sehakt; ja es kann sich die Thätigkeit gerade in entgegengesetztem Sinne äussern, da das Bild des abgewichenen Auges immer leichter unterdrückt wird, je entfernter es ist. Um eine Unterdrückung des Bildes des schielenden Auges handelt es sich nach der vorliegenden Untersuchung nicht. Stevens glaubt, dass eine Anzahl von Neuralgien und sonstigen nervösen

Zuständen auf die obigen Anomalien zurückzuführen sind und dass ihre Behandlung und Heilung in der entsprechenden Behandlung der Muskelanomalien (Tenotomie) gegeben sei. Die Heterophorie könne die Psyche und die Intelligenz beeinflussen.

Die Esophoren sind mehr zur Naharbeit befähigt, umgekehrt die mit Exophorie behafteten Individuen; die ersteren neigen daher mehr zu einer practischen Beschäftigung, die letzteren dagegen zur Abstraction, zur Träumerei, zum Idealismus.

Obige Beobachtungen können ferner zur Erklärung des typischen Gesichtsausdruckes bei verschiedenen krankhaften Zuständen der Psyche benützt werden.

Auch wird der Künstler Manches aus denselben entnehmen können.

Die Behandlung besteht, wie erwähnt, in der sorgfältigst in ihrer Wirkung abgemessenen Vornahme der Tenotomie. Bach-Würzburg.

---

407) **G. B. Pellizzi** (Reggio-Emilia): Sull'origine infettiva dell'otoematoma dei pazzi. Ricerche anatomopatologiche e bacteriologiche.

(Riv. sperim. di freniatria 1892, H. 3 u. 4.)

Bei 5 zu gleicher Zeit auf der Männerabtheilung der Irrenanstalt zu Reggio-Emilia vorgekommenen Fällen von Othaematom nahm P. eine breite Spaltung der fluctuirenden Geschwulst vor und untersuchte den serosanguinolenten Inhalt derselben auf Bacterien. In allen fand er Streptococcen, welche denen des Erysipels resp. des Eiters sowohl microscopisch, wie bei der Züchtung glichen. Aus diesem Befunde glaubt nun P. sofort schliessen zu dürfen, dass alle Othaematome bei Geisteskranken wie bei Gesunden infectiöser Natur seien und dass Traumen nur insofern in Betracht kommen könnten, als sie die Eingangspforten für die pathogenen Micrococcen schaffen. Auf Grund dieser Hypothese empfiehlt er als Behandlung des Othaematoms, sobald sich eine Fluctuation zeigt, eine breite, die Geschwulst in ganzer Ausdehnung treffende Spaltung mit nachfolgender regelmässig zu wiederholender Ausspülung der Höhle mit starken Antisepticis. In der That hat P. bei einem so behandelten Falle das Ausbleiben jeder auffälligen Verunstaltung der Ohrmuschel erreicht.

Strauscheid.

---

408) Dr. **Tischkoff**: Ueber das Othematoma, 1891.

Verfasser theilt das Othematoma ein in Othematoma verum und spurium. Er beschäftigt sich besonders mit dem Othematoma verum, welches bei der progressiven Paralyse als häufiges und ausgesprochenes Symptom erscheint. Als Ausgangspunkt der Entwicklung der wahren Othematome ist nach T. ein necrotisirender Process im Ohrknorpel zu betrachten. Dieser Zustand des Knorpels ruft Reizung des Perichondriums hervor — eine productive Entzündung. Als Folge deren entwickelt sich ein Hereinwachsen der Gefässe in die Substanz des Knorpels, dessen Dissolution und seine Ersetzung durch einen neugebildeten jungen Knorpel. Dieser Process ruft Schwäche der Verbindung zwischen verschiedenen Theilen des Ohrknorpels hervor und vernichtet die Einzelheit seines Baues, so dass der Knorpel unregelmässig schichtenweis wird. Solcher Knorpel wird leicht zerspalten. Zugleich mit

der Höhlungsbildung durch eine solche Zerspaltung entwickelt sich ein Riss des neugebildeten Gefässes und Bluterguss. Dieses Blut befördert noch weitere Zerspaltung des Knorpels und grösseren Bluterguss. Also liegt die Othaematomavacuole innerhalb von dem zerspaltenen Knorpel, welcher in den Perichondersack eingeschlossen ist. Der zerspaltene Knorpel nimmt weder Theil an der Resorption des ergossenen Blutes, noch an dem Processe der Gewebsneubildung zur Ausfüllung der Höhle. Langsame Resorption wird nur durch das Perichondrium vollführt Die Höhle der Othaematoma füllt sich durch Hereinwachsen neugebildeter interstitieller Gewebe, welche Neigung haben, sich in einen Netz-Knorpel zu verwandeln. Die nachfolgende Entstellung des Ohrs kommt durch Dislocation der auseinandergebrachten Knorpelpartieen vor. Wahres Othaematom bei Paralytikern indicirt eine durchaus hoffnungslose Prognose. Die Ausgangsursache ist bei Paralytikern beinahe immer ein äusserer, wenn auch nicht starker Insult.

Kowalewsky.

---

409) **Matthew Field:** Othaematoma.

(The journal of nervous and mental disease. Dec. 1892.)

Verf. hat eine grosse Anzahl von Othaematomen bei berufsmässigen Boxern, Acrobaten, Fussballspielern etc. angetroffen; auf antiken Athlethenstatuen kommt die gleiche Verunstaltung des Ohres vor. Es ist so gut wie nie auf einen einzigen heftigen Schlag, sondern auf eine Reihe fortlaufender, leichter Traumen zurückzuführen. Oft ist mit Othaematom verwechselt worden die spontan entstehende, zu ähnlichen Verunstaltungen führende Perichondritis auriculae; auch Cysten und Tumoren geben zuweilen zu Verwechslung Anlass. Unter Irren kommt das Othaematom bekanntlich meistens, aber nicht ausschliesslich, bei chronischen unheilbaren Fällen vor.

Strauscheid.

---

410) **Massaul:** Un cas de folie du doute avec délire du toucher.

(Bullet. de la soc. de médic. mentale en Belgique. 1892, 67.)

M.'s Fall hat insofern Interesse, als es sich um ein nicht belastetes Individuum handelt, welches durch ein Wochenbett stark geschwächt an folie du doute etc. erkrankt. Ohne wirklichen Ekel vor Schmutz u. dergl. zu empfinden, ist sie nicht im Stande, diese Zwangsvorstellung, die sie als krankhaft anerkennt, loszuwerden. Verf. betont, dass also die Zwangsidee hier das Primäre ist und dass es sich demnach in erster Linie um eine intellectuelle Störung handelt. Lehmann (Werneck).

---

411) **G. Hinsdale** (Philadelphia): Influences modifying the occurence of certain nervous affections in the United States.

(The journal of nervous and mental disease. April 1892.)

Verf. tritt der Annahme scharf entgegen, dass in den letzten Jahrzehnten die Nervenkrankheiten stark zugenommen hätten. Nach einer allgemeinen Statistik starben in den Vereinigten Staaten an Nervenkrankheiten 1850 von 980 Personen 1 und 1880 von 512:1. Dabei ist zu beachten, dass Staatsstatistiken in dieser Materie nicht viel Zutrauen verdienen und dass vor 40 Jahren den Nervenkrankheiten bei weitem nicht die Aufmerk-

samkeit geschenkt wurde wie heute. Nach vielfacher Annahme sollen die Geisteskrankheiten zunehmen. Aber im Staate Pennsylvanien wurde 1880 auf 615 Personen 1 Irrer gezählt, 1890 nach derselben Methode auf 620 Personen 1 Geisteskranker. In einzelnen Staaten haben allerdings die Geisteskrankheiten unzweifelhaft zugenommen, wie in Minnesota. Aber es sind das Staaten mit starker Einwanderung und wechselnden Verhältnissen. So hat Minnesota eine starke skandinavische Einwanderung; nun zeigen aber die Skandinavier, die auch leicht an Heimweh erkranken, in keiner Weise sich für das sociale und industrielle Leben in Amerika geeignet; daher kommt es, dass während die Skandinavier 16,5% der Bevölkerung Minnesotas ausmachen, sie 28% der Anstaltsinsassen liefern.

Strauscheid.

---

412) **J. A. Campbell** (Carlisle): Public asylum dietaries. Ought they not to be more varied.

(The journal of nervous and mental disease. July 1892.)

Leider ist es in manchen Anstalten Brauch, Jahr aus, Jahr ein dieselbe wöchentliche oder höchstens zweiwöchentliche Speisefolge Sommer und Winter ohne irgend welche wesentliche Abänderung den Kranken vorzusetzen. Verf. macht mit Recht darauf aufmerksam, wie dieses ewige Einerlei sicherlich zu den unangenehmsten Härten des Zwangsaufenthaltes in einer Irrenanstalt gehört; auch ein geringeres Essen, was eine wirkliche Abwechslung biete, würde als Leckerbissen gelten und noch mehr eine von Zeit zu Zeit gegebene Ueberraschungsmahlzeit. Auch sollten die Jahreszeiten etwas mehr Beachtung finden; im Sommer ist durchaus nicht so viel Fleisch nöthig wie im Winter. C. will eine allgemeine Besprechung der englischen Irrenanstaltsdirectoren über die Beköstigungsfrage herbeiführen; er hat selbst eine grössere Anzahl von ausserordentlichen Mahlzeiten, wie sie der englische Gaumen liebt, zusammengestellt und unterbreitet diese, die sich in seiner Anstalt gut bewährt haben, dem Urtheile der Collegen. Die Wichtigkeit dieser Frage, die natürlich in jedem Lande nach den herrschenden Gebräuchen besonders gelöst werden muss, braucht nicht näher betont zu werden und verdienen die Anregungen des Verf. alle Anerkenuung.

Strauscheid.

---

413) **Delboef** (Lüttich): Zwei Fälle, in denen die chirurgische Diagnose mit Hülfe der Hypnose gestellt wurde.

(Zeitschrift für Hypnotismus 1893, Heft IX, pg. 287.)

I. Fall. Mädchen von 20 Jahren. Fall auf das Knie und Hautwunde. Die Heilung blieb aus, sie konnte das Bein kaum bewegen und nicht ohne Schmerzen gehen. Bei Untersuchung in Hypnose fand D. unter einer Kruste von verschiedenen Salben und unter einem Schorf eine Narbe von 3—4 mm Breite. Nun erfolgte Suggestion, dass sie ohne Schmerz und Anstrengung würde gehen können, was sie auch ohne zu erwachen that. Beim Niederknieen jedoch klagte sie über heftigen Schmerz, der durch Suggestion nicht zu vertreiben war. D. schloss aus diesem der Suggestion unzugänglichen Rest von Hyperästhesie, dass an dieser Stelle etwas Pathologisches sein müsse. (Dieser Schluss hätte auch ohne Hypnose bei gründlicher Unter-

suchung des Knies aus dem Befund und der Anamnese gemacht werden können. Ref.) In der Hypnose wurde ihr die Suggestion gegeben, nach Lüttich in's Spital zu fahren und, wenn nothwendig, eine Operation ohne Schmerzen zu ertragen. Dr. v. Winiwarter und Dr. Henrijean fanden unter der Narbe eine Anzahl von Kohlenstückchen; nachdem die Wunde durch Eiterung gereinigt war, erfolgte Heilung.

II. Fall. Junges Mädchen klagt über die heftigsten Schmerzen beim Gehen. „Der Schenkel bis zum Knie war ein einziges Netz von Narben.“ Sie war schon in Folge einer tuberculösen Affection der Hüfte operirt worden und wurde für hysterisch gehalten. Bedeutende Besserung durch Hypnose. Sie localisirte jedoch constant einen Schmerz im Knie, welches schon mittelst Incision vergeblich untersucht war. Auf Veranlassung von D. nochmalige Untersuchung der Stelle. Man entdeckte, als ein Einschnitt auf die vordere Partie des Schienbeins unterhalb des Knies gemacht wurde — an der Stelle, wo sie über Schmerzen klagte — den Herd einer tuberculösen Knochen-Entzündung, der allen früheren Untersuchungen entgangen war. — Es erscheint dem Ref. zweifelhaft, dass die Stelle, welche in der Hypnose als schmerzhaft befunden wurde, vorher nicht constant schmerzhaft gewesen sein soll, abgesehen von den wechselnden „hysterischen“ Schmerzen, die das Mädchen hatte. Vermuthlich hätte sich durch eine genaue Kritik der Angaben über den Sitz der Schmerzen auch ohne Hypnose der Punkt bestimmen lassen, besonders da die Annahme einer tuberculosen Knochenerkrankung auf Grund von Anamnese und Status sehr nahe lag. Wenn man freilich aus der Anwesenheit von hysterischen Symptomen auf die Abwesenheit eines objectiven Befundes schliesst, dann wird der Hypnotismus für Chirurgie, Geburtshülfe und innere Medicin bald ganz unentbehrlich werden. Sommer.

---

414) **Althaus**: Ueber Psychosen nach Influenza.
(Arch. f. Psych. u. Nervenheilk., XXV. 1.)

Wie der Titel sagt, will Verfasser sich nicht mit Geistesstörungen bei der Grippe überhaupt, sondern speciell mit denen beschäftigen, für welche der Ausdruck „postgrippale Psychosen“ erfunden wurde. 1874 wurde zuerst ein derartiger Fall von Browne erwähnt. Interessant wurden diese Psychosen durch die Häufigkeit ihres Auftretens nach den letzten Pandemien, während doch andere „postfebrile Psychosen“ ziemlich selten sind. Der Verfasser weist die Häufigkeit der Influenzafälle als naheliegendste Ursache für die grosse Zahl der Psychosen dabei ab, da die weit häufigeren Masern dann nicht minder Psychosen nach sich ziehen müssten, die aber thatsächlich Seltenheiten sind. Es bleibt nun als mögliche Ursache das Fieber, das aber oft zu gering und von so kurzer Dauer ist, um die nervöse Substanz so sehr schädigen zu können, zudem treten beispielsweise die Initialdelirien bei Infectionskrankheiten schon vor der geringsten Fiebererhebung auf. Verfasser beschuldigt nun auch für die Genesis der postgrippalen Psychosen analog jener der Initialdelirien das „Grippotoxin“, welches eine intensive Schädigung der Oblongata und dadurch die verschiedensten Fernwirkungen hervorzubringen vermöge. An Häufigkeit geistiger Nacherkrankungen concurrirt mit der Influenza nur der Typhus.

Prädisponirt findet Verfasser nur etwa ein Drittel seiner 117 Fälle. Das Alter bis zu 30 Jahren stellt $^1/_3$ weniger Fälle als das spätere. Der Ausbruch erfolgt gewöhnlich schnell auf den Anfall, wenn maniakalische Aufregung eintritt; ein paar Tage bis Wochen nach dem Anfall erscheinen die depressiven Formen. Die Paralyse kann bis 6 Monate nach dem Anfall auftreten. — Schon hieraus ist ersichtlich, dass es für den Verfasser keine eigentliche Influenzapsychose giebt. Er unterscheidet nach Kräpelin:

1. Acute hypochondrische Melancholie (Neurasthenie).
2. Inanitionsdelirium — in Folge übermässigen Verbrauchs des unoxydirten Eiweisses in der Hirnsubstanz.
3. Weiter können alle Formen des Wahnsinnes bei Personen mit erworbener oder ererbter Anlage vorkommen.
4. Endlich fallen etliche Fälle nach dem Verf. unter den Begriff der Dementia paralytica, einige Fälle als sogen. „galoppirende Paralyse“.

Er führt entsprechende Fälle ausführlich an. In der Therapie spielen Sulfonal, Strychnin, Bromammonium, Tetronal, Amylenhydrat, der constante electrische Strom, Mercur und Jodkali ihre Rolle. — Mit Ausnahme der Paralyse beträgt die Dauer der Affectionen in über der Hälfte der Fälle über einen Monat, in $^1/_3$ der Fälle einen Monat, in $^1/_8$ nur eine Woche. Das Auftreten der Psychosen ist häufiger nach leichten, als nach schweren und mittelschweren Fällen von Influenza.

Was Verf. an den Psychosen nach Influenza hervorhebt, ist ihre in der Eintheilung ersichtliche Mannigfaltigkeit; auch die Dementia paralytica erklärt er in 7 Fällen als ausdrücklich constatirt. — Die Zahl der geheilten Fälle beträgt 56%. Die Prognose stellt sich (abgesehen von der Selbstmordgefahr) günstig bei der melancholischen Form, ungünstiger einerseits quoad vitam, andrerseits quoad Vernunft beim Inanitionsdelirium. Bei der dritten Form ist die Prognose so mannigfaltig als die Erkrankungen. Schlecht ist sie endlich bei der Paralyse.

Geisteskranke verhalten sich der Influenza gegenüber im Ganzen nicht anders als normale Menschen, nur bei Paralysis progressiva, apopleptica und senilis soll rasches Absterben erfolgen. Einen Schutz gewährt das Irresein nicht; dagegen soll die Grippe mitunter Leute vernünftig gemacht haben, was der Verfasser jedoch nur mit Vorsicht annimmt; eine Verschlechterung des geistigen Zustandes durch die Influenza hält er für plausibler; gewöhnlich aber geht sie spurlos an den Kranken vorüber. Angefügt ist eine Tabelle über Psychosen nach Infectionskrankheiten, geordnet nach Geschlecht, Alter, Anlage, Dauer, Ausgang — sowie umfangreiche Litteraturangaben. Scheiber-Würzburg.

---

415) **Virgilio Rossi:** Das Geschlecht der Giftmischer, die von den italienischen Schwurgerichten in den Jahren 1880—1888 verurtheilt wurden. (Arch. psich. 1891, VI.)

Der Verf. kommt zu den Schlusssätzen: Von 1880—1888 befanden sich unter den von den Schwurgerichten Verurtheilten in Summa 38 Männer und 31 Weiber, welche Giftmischerei nur versucht oder erfolglos angestellt hatten; dann 30 Männer und 29 Weiber, die Vergiftungen mit Erfolg unternommen hatten.

Also unter 100 Giftmischern befanden sich 53,12 Männer und 46,88 Weiber. Innerhalb der 9 Jahre kamen von der Gesammtzahl der Verurtheilten (53,619 Männer und 3172 Weiber) auf 1000 männliche Verurtheilte 1,26 Giftmischer und auf 1000 weibliche Verurtheilte 18,91 Giftmischerinnen, welches Missverhältniss zwischen beiden Geschlechtern einer ernsten Aufmerksamkeit von Seiten der Criminalisten werth ist.

Die Weiber laufen grössere Gefahr als die Männer, das Gift zu verzehren. In der That waren unter 100 Vergiftungen bei Frauen 51,66 ohne, 48,34 mit Erfolg, während bei Männern 55,58 ohne, 44,12 mit Erfolg unternommen waren.

Ottolenghi.

---

416) Prof. Dr. **Aurel v. Török,** Director des anthropologischen Museums zu Budapest: Ueber die heutige Schädellehre.

(Internat. Monatsschr. f. Anat. u. Phys. 1892, IX, Heft 3.)

Derselbe: Die geometrischen Principien der elementaren Schädelmessungen und die heutigen craniometrischen Systeme.

(Ebendaselbst, Heft 8 u. 9.)

Derselbe: Neuere Beiträge zur Frage der Horizontalebene des Schädels in Bezug auf die craniometrische Analyse der Schädelform.

(Mittheilungen der anthrop. Gesellsch. in Wien, Bd. XXII, 1892, S. 85.)

Derselbe: Ueber einige gesetzmässige Beziehungen zwischen Schädelgrund, Gehirn- und Gesichtsschädel.

(Correspondenzblatt d. deutsch. anthrop. Gesellsch. 1892, Nr. 8.)

Derselbe: Sur la réforme de la craniometrie. Congrès internat. d'anthropologie et d'archéol préhist. à Moscou 1892.

(Tom II, S. 177.)

Der durch seine reformotorischen Bestrebungen auf dem Gebiete der Craniometrie bekannte ungarische Anthropologe lässt es sich recht angelegen sein, für seine Ideen Propaganda zu machen. Das Jahr 1892 brachte eine Anzahl, zum Theil umfangreicher Abhandlungen, in denen der Verfasser bemüht ist, die heutzutage herrschenden craniometrischen Systeme einer sachgemässen kritischen Analyse zu unterwerfen und seine eigenen Principien klarzulegen. Es ist zu bedauern, dass diese Erörterungen in Zeitschriften erscheinen, die nur einen ganz bestimmten Leserkreis besitzen und es dürfte sich daher empfehlen, dass v. Török seine Probleme einmal vor einem grösseren Leserkreis in einer nicht zu umfangreichen Broschüre entwickelte.

Es ist bekannt, dass v. Török's Bestrebungen vielfach Anfechtungen erfahren. Lassen wir die Personen ausser Betracht, die diesen wissenschaftlichen Streit zum Austrag ihrer persönlichen Differenzen ausnutzen, so bleiben doch noch Gelehrte von Ruf übrig, die sich denselben gegenüber ablehnend verhalten. Der Grund hierfür mag wohl darin zu suchen sein, dass v. Török vielfach missverstanden wird, sowie darin, dass derselbe sich der Grundprincipien, die sich bei objectiver Beurtheilung nicht gut in Abrede stellen lassen, zwar völlig bewusst ist, über die practische Ausführung indessen, d. h. wie viel von den sich daraus ergebenden Consequenzen von wirklichem Werthe und wieviel theoretischer Ballast ist, sich selbst

noch nicht so recht klar ist, wie er übrigens auch selbst zugesteht. Er ist weit entfernt, alle die Linien- und Winkelmessungen, die er in seinem Lehrbuche aufführt (über 5000), etwa anzuempfehlen; wie weit dieselben nothwenig sind, lässt er die Zukunft entscheiden. Er will vielmehr nur einmal im Zusammenhang die Möglichkeiten darthun, die sich bei einer systematischen craniometrischen Analyse des Schädels ergeben und neigt, wie er ausdrücklich betont, selbst zu der Auffassung, die Messungen auf das möglichste Maass einzuschränken. Er bekämpft nicht diese wenigen Messungen der alten Schule, sondern überhaupt die bisherige Methode.

v. Török geht bei seinen Ideen von der Voraussetzung aus, dass im Bau des Schädels, wie überhaupt im Bau eines jeden Naturkörpers eine strenge Gesetzmässigkeit vorherrscht und dass demgemäss die Wissenschaft ihre Bestrebungen darauf richten muss, eben diese Gesetzmässigkeit zu erkennen. Bisher ist dieser Gesichtspunkt aber von der üblichen craniometrischen Methode ganz ausser Acht gelassen worden, die eine schablonenmässige, keine wissenschaftliche ist. — Um die Dimensionen eines Körpers, also die des Schädels, wissenschaftlich d. h. geometrisch zu bestimmen, erscheint es unbedingt nöthig, mindestens 2 Orientirungsebenen für denselben festzustellen: eine mediane und eine horizontale. Nur auf diese Weise gewinnt man eine unveränderliche Basis für den Vergleich bei den Schädeln. Die bisherigen Methoden haben nur auf die horizontale Hauptebene Gewicht gelegt und die mediane unberücksichtigt gelassen, resp. irrthümlicher Weise angenommen, dass die anatomische Mittelebene des Schädels die geometrische ist, während sie in Wahrheit nur eine verbogene Fläche darstellt. Daher construirt v. Török sich eine geometrische Medianebene, zu der sich von den vielen Theilen, die sich durch die anatomischen Ebenen legen lassen, jene drei Punkte auserwählt, mit welchen relativ die meisten von den übrigen anatomischen Punkten eine und dieselbe geometrische Ebene bilden. Dies sind das Acanthion (spin. nas. ant. inf.), das Ophryon (Medianpunkt der sogen. kleinsten Stirnbreite) und das Inion (Mittelpunkt der protuber. occip. extern.). — Was den zweiten Punkt, die Horizontalebene betrifft, so weist v. Török nach, dass die individuelle Kopfhaltung des Menschen es mit sich bringe, dass man für den lebenden Menschen keine horizontale Ebene am Schädel ausfindig machen kann, der eine Constanz, d. h. eine allgemeine Gültigkeit zuzuschreiben wäre. Es bleibt somit nur übrig, sich eine willkürliche Ebene auszuwählen, die zum Vergleich für alle Schädel dienen könnte. Die bisher in diesem Sinne angegebenen Horizontalen weisen sämmtlich Mängel auf, auch die sogen. französische und deutsche Horizontale; die letzte u. a. deswegen, weil es am Lebenden sowohl wie am Schädel practisch schwierig, selbst unmöglich ist, den hinteren auricularen Endpunkt zu bestimmen. — Die äussere Oeffnung des knöchernen Gehörganges besitzt im oberen Umfange keinen Rand, wie ihn die deutsche Messung voraussetzt, der zum constant fixen Punkt dienen könnte. — v. Török schlägt daher die von ihm „corrigirte deutsche Horizontale“ vor, wobei er den hinteren Definitionspunkt direct auf die saggitale-laterale Wurzel des proc. zygom. der pars squamosa des Schläfenbeins verlegt, wo dieselbe nach hinten zu in die Leiste oberhalb der Oeffnung des knöchernen Gehörganges verläuft, am knöchernen Schädel über der Cavitas glenoidales, eine Stelle, welche

beim lebenden Menschen am vorderen Rande der Ohrmuschel (etwa am Niveau zwischen dem oberen Rande des Tragus und dem oberen Rande der Helix, wo diese sich nach aufwärts biegt) und oberhalb des Gelenkkopfes des Unterkiefers durch die Weichtheile hindurch gefühlt werden kann.

Die Einstellung und Fixirung in die geometrische Medianebene und die Horizontalebene geschieht mittelst des von v. Török construirten Universalcraniometers, eines complicirten Apparates, dessen Anschaffung mit ziemlichen Kosten verknüpft ist und mithin der weiteren Verbreitung der Methode seines Erfinders Einhalt thun dürfte. Wir hoffen, dass der angestrebte Zweck sich mit einem einfacheren Messapparat noch wird erreichen lassen. — Ist der Schädel in die beiden Orientirungsebenen eingestellt, so sind an ihm die Maasse zu nehmen und zwar jedes derselben auf doppelte Weise, in der Projection sowohl als auch in der directen linearen Distanz. Diese Nothwendigkeit leuchtet ein, wenn man in Betracht zieht, dass Schädel von gleicher Länge und Breite doch ganz verschiedene Configuration und umgekehrt gleiche Schädelformen verschiedene Maasse aufweisen können, mit anderen Worten gesagt, dass es die relative Lage eines jeden Punktes am Schädel ist, die diesem ein specifisches Geprage verleiht. Die Werthe für directe lineare und Projectionsdistanz stehen aber in einem bestimmten Wechselverhältniss zu einander: es ist dies der Cosinus des von beiden Linien eingeschlossenen Winkels. Die Berechnung dieses Winkels hält v. Török für unumgänglich nöthig, um die geometrische Beziehung der Lage zweier extremer Punkte am Schädel bestimmen zu können.

Das sind im Grossen und Ganzen die Reformbestrebungen v. Török's. Da dieselben sich in Fachkreisen bereits zur brennenden Tagesfrage zugespitzt haben, so hielten wir es für nöthig, sie auch einmal in diesem Blatte wiederzugeben, wo auch die Anthropologie und ihre Methoden, so weit sie für den Psychiater in Betracht kommen, Berücksichtigung finden.

Buschan-Stettin.

---

417) **W. Gierschson**: Nasledstiojenny Psychos; Automatism, Samvobwinienie. (Erbliche Psychose, Automatismus, Selbstbeschuldigung.)

(Kowalewsky's Arch., Neurol. psych. etc., 18, Nr. 2, p. 97,)

Der Verf. theilt sein Gutachten über einen forensisch sehr interessanten Fall mit, den er als „erbliche Psychose" bezeichnet. Es handelt sich dabei um ein 18jähriges Mädchen, die Tochter eines Subalternbeamten in Petersburg, Ludmilla W., die, eines Vergiftungsversuchs angeklagt, zur Beobachtung ihres Geisteszustandes einer Irrenanstalt überwiesen wurde. L. W. stammt aus einer neuropathischen Familie. Die Angeklagte war ein nicht sehr begabtes, nicht sehr lernbegieriges, aber normales Kind. Schwere Krankheiten hat sie nicht durchgemacht; einmal trug sie eine Kopfverletzung davon, die aber ohne böse Folgen blieb. Mit dem Eintritt der Pubertät veränderte sich ihr Character vollständig, sie wurde eigensinnig, verlogen, eitel, beschäftigte sich in ihren Gedanken viel mit dem anderen Geschlecht, suchte auf der Strasse Männerbekanntschaften anzuknüpfen etc., besonders fühlte sie sich zu Männern unter ihrem Stande hingezogen; so machte sie auch die Bekanntschaft eines Kirchenchoristen, zu dem sie sehr bald in ein intimeres Verhältniss trat. Sie betrachtete sich als seine Braut und sprach viel von der baldigen Hochzeit. Als dieser „Bräutigam", wahr-

scheinlich um das Mädchen los zu werden, plötzlich von P. abreiste, fuhr sie ihm, obgleich sie nur sehr wenig Geld besass, nach zu seinen Eltern, wurde dort aber schlecht aufgenommen und sobald als möglich mit etwas Reisegeld versehen, in die nächste Stadt, nach Kursk, geschickt. Hier trieb sie sich mehrere Tage auf den Strassen herum und erzählte Allen, die sie traf, ihre Leidensgeschichte, die sie aber mit einer wunderbaren Erfindungsgabe jedesmal neu variirte, bald hatte sie ihr Bräutigam verlassen, sie befand sich in anderen Umständen und schämte sich, nach Hause zurückzukehren, bald sollte demnächst Hochzeit sein, bald war sie direct aus Petersburg gekommen, um hier eine Stelle zu suchen u. s. w. Endlich gelang es ihr auch, als Bonne in die Dienste einer Dame zu treten, die aber sehr bald wegen des zerfahrenen, wunderbaren Benehmens der W., sowie wegen ihrer offenbaren Lügenhaftigkeit und ihrer halb zerlumpten, halb aufgeputzten Kleidung ein Misstrauen gegen sie fasste. Dies Misstrauen steigerte sich bis zum entschiedenen Verdacht, als das kleine, eben in der Genesung begriffene Töchterchen der Dame plötzlich, ganz ohne sichtbaren Grund, schwere Krampfanfälle mit Bewusstlosigkeit und Hallucinationen bekam, und zugleich damit, dass Frau S. in dem Zimmer der neuen Bonne einen scharfen erstickenden Geruch bemerkte, den die W. in verworrener, widersprechender Weise zu erklären suchte. Sie wurde sofort aus dem Dienst entlassen, irrte wieder eine Zeit lang auf den Strassen umher, wurde endlich nach einigen Tagen, als sie ganz ohne Arg in das Haus der Dame kam, um nach einem Brief ihres Bräutigams zu fragen, von der Polizei festgenommen und, da sich sehr bald Zweifel an ihrem Geisteszustand einstellten, der Irrenanstalt zur Beobachtung übergeben.

In der Anstalt gab sie auf Befragen zu, den Vergiftungsversuch begangen zu haben und zwar auf Anstiften einer ihr unbekannten Frau, die sie auf der Strasse getroffen und die ihr 50 Rubel versprochen hatte, wenn sie — die W. — das Kind der Frau S. vergiften würde. Diese Angabe scheint erfunden zu sein, wie die meisten Angaben der zu den „pathologischen Schwindlern“ gehörenden Exploratin, deren mit unzweckmässigen Mitteln angestellter, vielleicht nicht ernstgemeinter Mordversuch in eine Categorie mit den Brandstiftungen und Todschlägen an Kindern gehört, die schwachsinnige Dienstboten so oft in ihnen unerträglichen Dienstverhältnissen machen. — Reue zeigte die Angeklagte fast gar nicht, nur gelegentlich bemitleidete sie das unschuldige Kind; sie schien sich in der Anstalt ganz wohl zu fühlen, schwatzte viel widersprechendes, verworrenes Zeug, rühmte sich ihrer Männerbekannschaften und vieler Abenteuer, suchte mit den Aerzten zu kokettiren und hielt bei keiner Arbeit aus. Auf einfache Fragen, die ihren ziemlich engen Vorstellungskreis nicht überschritten, antwortete sie zutreffend und ohne grobe Verstösse gegen die Logik. Aber alles, was über das tägliche Leben hinausging, war für sie zu hoch und für ihr stumpfes Geistesleben unzugänglich. Vor allem zeigte sie einen absoluten Mangel an sittlichem Ernst. — Aus ihrem Benehmen in der Anstalt, sowie aus ihrem Vorleben und den näheren Umständen der incriminirten That, die an Plumpheit, Ungeschicklichkeit und Unüberlegtheit ihres gleichen sucht, zieht G. den Schluss, dass die W. an Geistesstörung auf erblicher Grundlage leidet, dass sie sich zur Zeit der That in Folge

von geschlechtlicher Erregung in einem Zustande halber Bewusstlosigkeit befand und die Bedeutung ihrer That nicht zu begreifen im Stande ist.

Kurella.

---

418) Herr Dr. **Naecke** als Kritiker und Kenner der criminellen Anthropologie. Eine Antikritik von C. Lombroso.

Ich verzichte darauf, auf bloss theoretische Angriffe zu antworten, aus denen ein vollständiger Mangel an Verständniss der Grundlage meines Systems spricht, aber ich fühle mich doch verpflichtet, jenen immerhin gar seltenen Kritikern zu antworten, die mich an der Hand der Thatsachen, also meiner eigenen Methode folgend, angreifen. Der Erste und leider der Einzige, der das bisher in Deutschland gethan hat, ist Herr Naecke in seiner Arbeit „Die anthropologisch-biologischen Beziehungen zum Verbrechen beim Weibe“ (Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie, Band 49, p. 540—614. 1893).

Unglücklicherweise muss ich sagen, dass er das schlecht, allzu schlecht gemacht hat. Ich will nicht von dem unnützen Aufwand an Gelehrsamkeit sprechen, nicht weiter darauf eingehen, dass er meiner Untersuchung des „Uomo delinquente“ das Weib gegenüberstellt, bei dem der Verbrechertypus weniger ausgeprägt ist, wie ich das früher dargelegt habe und gerade jetzt ausführlich nachweise (in meinem Buch „La donna delinquente“), sondern das Missliche an Naecke's Arbeit ist, dass er ihr nicht die Untersuchung wirklicher Verbrecherinnen zu Grunde legt, sondern die verbrecherischer, geisteskranker Frauen und zwar genau von 53 aus der Strafanstalt in die Irrenanstalt gebrachten Frauen und von 47 vorbestraften oder in Untersuchung gekommenen Geisteskranken; bei vielen von ihnen muss man aus manchen Gründen zweifeln, ob sie überhaupt Verbrecherinnen waren, vielmehr vermuthen, dass der neuropathologische Process bei ihnen so stark hervortritt und so eng verflochten ist mit ihrer moral insanity, um eine Reihe von Erscheinungen zu bedingen, die sehr stark abweichen von den Characteren der nicht irren Verbrecherinnen, deren Perversität angeboren ist, wie ein Gibbus congenitus. Dieser Umstand ist kaum zu entschuldigen bei einem Manne, der so exact ist, dass er zu 156 Seiten Text 266 Quellenangaben braucht; aber Thatsachen können wenigstens ein Resultat geben und sind immerhin werthvoller, als die hergebrachten Schmähungen meiner übrigen Gegner (obschon er mir auch diese nicht erspart). Das Merkwürdige aber ist, wie sehr ihm Voreingenommenheit den Blick getrübt hat, so dass er selbst seine eigene Statistik nicht zu verwenden versteht. So hat er z. B. gefunden:

Untersuchte.	Dunkelbraunes Haar.	Reichliches Haar.	Spärliches Haar.
Sträflinge	83,7 %	51 %	23,4 %
Vorbestrafte	94,6 „	56,7 „	9.1 „
Geisteskranke	89,2 „	39 „	41,5 „
Normale	80 „	31 „	16 „

Offenbar muss man aus diesen Zahlen schliessen, dass das Verhältniss dunkler Haare bei Verbrecherinnen ein stärkeres ist, als bei normalen Frauen (83 und 94 gegen 80) und dass dichter Haarwuchs bei Ver-

recherinnen fast doppelt so häufig ist (51 und 56 gegen 31), etwas, was ich im Uomo delinquente bereits als Merkmal des Verbrechers bezeichnet habe. Naecke dagegen schliesst aus seinen Zahlen, dass dunkelbraune und üppige Haare bei allen Categorien der Untersuchten vorwiegen. Was nützt alle Statistik, wenn man in solcher Weise Schlüsse zieht, da ist es denn doch besser, man erspart sich die Mühe, Zahlen anzuhäufen. Weiterhin verwendet er sehr viel Zeit auf die Untersuchung der Armlänge und Körpergrösse, Dinge, die keine grosse Bedeutung haben, zumal bei Geisteskranken.

Bezüglich des Schädelumfangs, der eine gewisse Bedeutung haben kann, findet er:

Untersuchte.	52—54 cm.	54 cm u. darüber.
Sträflinge	50 %	18,7 %
Vorbestrafte	50 „	21,4 „
Normale	26,3 „	70,7 „

Anstatt einfach zu sagen, dass hierdurch bestätigt wird, was ich für die Verbrecher nachgewiesen habe, nämlich, dass sie kleine Köpfe haben, erklärt er, indem er diesen Befund mit anderen damit nicht zusammenhängenden verknüpft, dass hier der Zufall eine Rolle spielt. Sehr viel Zeit verwendet er auf die Schädeldurchmesser und Indices, die (wie ich geschrieben habe) keine Bedeutung haben, und schliesslich lässt er mich sagen, dass „ich die Dolichocephalie vorherrschend gefunden habe“; ich habe aber gesagt, dass die Durchmesser und die Indices die örtliche, anthropologische Tendenz in einiger Verstärkung repräsentiren, wobei jedoch die Brachycephalie vorwiegt. — Er findet ferner bei 12 Schädeln (sage und schreibe 12!) eine Durchschnittscapacität von 1364 cbcm, während er für 179 Normale 1426 angiebt, und dann erklärt er, ohne diese ungeheure Differenz zu constatiren, dass auch hier Zufälligkeiten eine grosse Rolle spielen. Warum sucht er denn nun nicht die Gründe dieses Zufalls?

Bei der Besprechung der Schädelformen findet er:

	Bei Normalen	Bei Sträflingen u. Vorbestraften
Kephalone	9 %	10—22 %
Nanocephalie	3 „	2,4—12 „

Es dürfte nunmehr klar sein, dass er die Thatsachen nicht sieht, wenn sie zu Gunsten der neuen Ideen meiner Richtung sprechen, oder sie nicht sehen will, während er gegen meine Schule nicht wahre „Facta“ findet: So hat er den Muth, zu sagen, dass ich Genie und Geistesstörung für identisch halte, während er vergessen hat, unter seinen 266 Citaten mein Buch „Der geniale Mensch“ zu citiren, in dem ich gerade das Gegentheil beweise. Es wäre besser, wenn er weniger citirte und mehr dächte.

Ich bedaure, dass die erste, mir in Deutschland gewordene kritische Nachprüfung etwas so schlecht gemachtes ist, jedoch erwarte ich von der Zukunft auch in Deutschland eine gerechte Beurtheilung.

III. Bibliographie.

419) **Alphons Bertillon:** Identification anthropométrique; instructions signalétiques. Nouvelle édition, entièrement refondue et considérablement augmentée avec un album de 81 planches et un tableau chromatiques des nuances de l'iris humain.

(Melun. imprim. administ. 1893.)

Wir verfehlen nicht, auf das Erscheinen der zweiten und vermehrten (von 98 auf 313 Seiten) Auflage des obigen Werkes aufmerksam zu machen, in dem die Methode der identification anthropométrique (cfr. hierzu Augustheft 1892) in ihren Einzelheiten durch Wort und Bild illustrirt wird. Besonders die Abbildungen, die höchst passend ausgewählt sind und 81 Tafeln ausfüllen, bilden eine werthvolle Bereicherung der neuen Auflage. Sie bringen die Instrumente, die bei den Messungen Anwendung finden, und ihre Handhabung, ferner die descriptiven Merkmale (Termini technici) in 320 Typen der characteristischen Form des Gesichtes, Profils, der Nase, Stirn, Lippen etc. zur Darstellung. — Aus diesem Grunde eignet sich das vorliegende Werk nicht bloss zu dem Zwecke, den Bertillon im Auge hat, sondern überhaupt für solche, die, ohne Vorkenntnisse zu besitzen, sich mit den anthropometrischen Methoden und Signalements vertraut machen wollen.

In diesem Sinne wird auch der Psychiater in den Instructionen Bertillon's Belehrung finden.

Wir begleiten das Buch, in dem so Vorzügliches geboten wird, mit unseren besten Wünschen. Buschan.

---

420) **W. R. Gowers:** Syphilis and the Nervous system.

(London 1892.)

Die von Gowers vor der medical society in London 1890 gehaltenen Lettsam-Vorlesungen über die Syphilis des Nervensystems sind von ihm durchgesehen und nunmehr in Buchform herausgegeben, nachdem sie bisher nur in englischen Journalen zugänglich waren. Mit der englischen Ausgabe liegt uns zugleich auch eine gute deutsche Uebersetzung von E. Lehfeld (Berlin, S. Karger, 1893) vor. Der Inhalt dürfte deutschen Lesern englischer medicinischer Journale wohlbekannt sein. Zur weiteren Verbreitung der Kenntniss dieser Vorträge unter deutschen Aerzten wird die deutsche Ausgabe wesentlich beitragen, deren Uebersetzer sagt: „Die Absicht des Verfassers, in kurzen Zügen einen Abriss unserer jetzigen Kenntnisse über die Beziehungen der Syphilis zu den Erkrankungen des Nervensystems zu geben, scheint mir durch den klaren und präcisen Ausdruck der Vorträge und durch die Geschicklichkeit, mit der alles wesentliche hervorgehoben ist, so glücklich erreicht zu sein, dass das Lesen des anregenden Büchleins nicht nur denselben Genuss, sondern vielleicht auch denselben Nutzen gewähren kann, wie das Studium grösserer Werke“. In der ersten Vorlesung bespricht Gowers die pathol. Anatomie, in der zweiten die Diagnose, in der dritten die Prognose und Therapie der Syphilis des Nervensystems.

Wichmann.

IV. Aus der Praxis.

I.

Beitrag zur Frage der Erwerbsfähigkeits-Beurtheilung Unfallverletzter.*)

Von Konrad Alt.

Halle a. S., den 8. Februar 1893.

In den Unfallakten des p. Z. — fol. 136 — finde ich die Bemerkung, „dass Herr Doctor Alt ausserdem als Arzt gilt, der äusserst günstige Gutachten für die Unfallverletzten abgiebt“. Diese allerdings nur in dem Entwurf enthaltene und nachträglich mit anderer Tinte durchstrichene Bemerkung giebt mir Veranlassung, mich dahin auszudrücken, dass ich die Gutachten nur auf Grund sorgfältigster Aktendurchsicht und Untersuchung, sowie ohne jedwede Voreingenommenheit abgebe.

Wenn ich in der Beurtheilung einzelner Fälle vielfach zu einem von anderen Gutachten abweichenden Resultat kam, so hat dies seinen Grund darin, dass mir objective Krankheitszeichen aufgefallen sind, die von anderen nicht beachtet wurden.

Diese objectiven Krankheitszeichen sind aber nicht immer physikalisch grobgreifbar, sie sind mitunter lediglich — allerdings für den Sachverständigen sehr wichtige und vollständig beweisende — Aeusserungen einer krankhaften Seelenthätigkeit. Wenn wir Nervenärzte immer die Simulation annehmen wollten, wo grobgreifbare körperliche Krankheitszeichen fehlen, so müssten wir sehr viele Menschen als Simulanten bezeichnen, bei denen eine solche Annahme geradezu absurd wäre.

Uebrigens möchte ich mir auch vom practischen Standpunkte aus die Bemerkung gestatten, dass den Unfallkassen durch „ungünstige Gutachten für die Unfallverletzten“, um einen dem obigen ähnlichen Ausdruck zu gebrauchen, wesentlich grössere Kosten erwachsen, als dadurch, dass ein sachverständiger, alle Umstände berücksichtigender Arzt für den Laien anscheinend „äusserst günstige“ Gutachten ausstellt. Ich habe im Laufe der Jahre äusserst zahlreiche Unfallverletzte**) gesehen und untersucht und aus jedesmaligem gründlichen Aktenstudium die Ueberzeugung gewonnen, dass in sehr zahlreichen Fällen eine wesentliche Verschlimmerung, selbst Unheilbarkeit lediglich desshalb entstanden ist, weil die Kranken anfänglich lange Zeit als Simulanten aufgefasst und dementsprechend abweisend behandelt wurden. — Die Berufsgenossenschaft hat bei den betreffenden Kranken später dauernd sehr hohe Renten bezahlen müssen und überdies noch die Unkosten des sehr kostspieligen Instanzen-Verfahrens getragen.

Bei den Unfallverletzten handelt es sich in sehr zahlreichen Fällen um traumatisch ausgelöste Hysterie — eine in der Hauptsache seelische

*) Anlässlich der auf dem letzten Congress für innere Medicin stattgehabten Verhandlungen über die traumatischen Neurosen dürfte vielleicht die Veröffentlichung des nachstehenden Briefes nicht unangebracht sein.

**) Ich greife sicher nicht zu hoch, wenn ich die Zahl der von mir abgegebenen Gutachten über Unfallverletzte (Nervenkranke) approximativ auf 250 schätze.

Erkrankung —; gerade bei dieser Krankheitsform wird aber durch anfängliche Unterschätzung der wirklich bestehenden Beschwerden jedwede Heilung vereitelt, während durch frühzeitige Würdigung derselben und sachgemässe Behandlung recht oft sehr günstige Heilresultate erzielt werden. So z. B. wäre der p. Z., der jetzt nahezu gesund ist, sicher nicht so weit hergestellt worden, wenn ich ihn lediglich als Simulanten aufgefasst hätte.

Mitunter werden übrigens auch bei den Unfallverletzten nicht unerhebliche körperliche, mit dem Unfall zweifellos in Zusammenhang stehende Leiden übersehen; ich erinnere beispielsweise daran, dass mir vor gar nicht langer Zeit ein der dortigen Berufsgenossenschaft angehöriger, „der Simulation hochgradig verdächtiger" Mann zugewiesen wurde, bei dem ausser einer Muskellähmung eines Unterschenkels auch noch ein beträchtliches Pleuraexsudat (Wasseransammlung im Brustkorb), das nach Rippenbruch aufgetreten war, bestand.

Ich hege die Erwartung, dass der verehrliche Vorstand die Auffassung, ich sei ein Arzt, der unmotivirt „äusserst günstige Gutachten" ausstellt, nicht theilt, andernfalls bitte ich, von Heranziehung meiner Person als Begutachtender gefälligst Abstand nehmen zu wollen, da ich nur nach den bisher gehandhabten Grundsätzen Gutachten abgeben werde. Ich darf wohl um gefällige Rückäusserung ergebenst bitten.

An
den Vorstand der X. Berufsgenossenschaft, Section Y.,
zu Händen des Herrn N. N.,
Hochwohlgeboren
zu X.

In dem Schlusssatz des vom 20. Februar 1893 datirten Antwortschreibens theilte der Vorstand mit, er lege grossen Werth darauf, wenn ich ihm auch fernerhin meine Hilfe zur Heilung von Unfallverletzten oder zur Begutachtung deren Erwerbsfähigheit zu Theil werden lasse. Es wird seither nach obigen Grundsätzen von der Berufsgenossenschaft gehandelt und machen sich schon jetzt ganz erfreuliche Folgen bemerkbar.

II.

Zur microscopischen Technik.

Von Dr. Bernard-Würzburg.

Bezüglich der ebenso häufigen wie unangenehmen „Artefacte der microscopischen Technik" machte ich folgende Erfahrung:

Ein Präparat aus der Hirnrinde eines Paralytikers bot sowohl auf der Schnittfläche beim Microtomiren als nach der Färbung mit Weigert-, resp. Pal-Methode eine Anzahl miliarer Herde mit Faserschwund, diffuser Färbung etc., so dass man an viele kleine Herde in der Hirnrinde zu glauben gezwungen schien. Kernfärbungen mit Alauncarmin, Hämatoxylin etc., kurz allen Färbungen, die sich auf die momentane Tinctionsfähigkeit des Präparates beziehen und keine chemischen Vorbereitungen zur Bildung eines Lackes etc. wie z. B. bei Weigert'scher Methode nöthig machen, alle diese ergaben von den Herden keine Spur — wohl andere Veränderungen, aber doch nichts von Herden. Als ich das nächste Stück microtomirte, sah ich einmal beim Schneiden aufmerksam über die spiegelnde Schnittfläche: als die Alcohol-

wassermischung abgelaufen war, zeigten sich die weisslichen Herdchen der Schnittfläche als rauhere Prominenzen auf Druck Feuchtigkeit absondernd. — Hier hatte also unsere Celloidindurchtränkung nicht genug gewirkt, die Chromsalze konnten in der Flüssigkeit, in welcher die Schnittblöcke auf das Messer warten, langsam gelöst werden und die Weigert- resp. Pal-Färbung konnte an den chromlosen Stellen auch keinen Chromlack bilden, während Färbungen, die sich nicht um die Chromdurchtränkung kümmern, nichts von Herden ergaben.

V. Zur Tagesgeschichte.

Die Psychiatrie eines Theils des Verbandes deutscher evangelischer Irrenseelsorger.

(Fortsetzung.)

Nachdem durch das Auftreten mehrerer Mitglieder der Conferenz deutscher evangelischer Irrenseelsorger, z. B. Pfarrer Achtnich-Illenau (in der christlichen Welt, Nr. 19 u. 20), ferner Pfarrer Teichmann bei der Versammlung in Frankfurt a. M., klar geworden ist, dass es sich bei den gegen die Irrenärzte gerichteten Bestrebungen nur um eine bestimmte, allerdings bisher führende Gruppe dieses Verbandes handelt, — stehen wir nicht an, unsere Ausführungen gegen diese zu concentriren, was in der veränderten Ueberschrift Ausdruck finden soll.

Ich muss mich hier zunächst gegen die Rückäusserungen wenden, welche unsere Frankfurter Resolutionen bei diesen Herren gefunden haben, zunächst gegen Herrn Hafner's in der Elberfelder Zeitung vom 13. Juni 1893 veröffentlichte Zuschrift. Herr Hafner bringt es fertig, in Bezug auf die Besessenheit im gleichen Satze ja und nein zu sagen. Aber das „nein" ist dabei ein Sophisma, das „ja" aber ist ernsthaft.

Nach dem berühmten Hexenküchenrecept, im gleichen Satz völlige Widersprüche zu vereinigen, aus denen sich dann das verehrliche Publikum nach dem individuellen Geschmack das Passende heraussuchen kann, schreibt Herr Hafner folgendes: „Wenn mich nun Bibelforschung und Erfahrung im Verkehr mit Geisteskranken, philosophische und psychologische Betrachtung darauf führen, dass es entsprechend den leiblich organisirten Krankheitserregern bei leiblichen Störungen auch seelisch organisirte Krankheitserreger geben könne bei seelischen Störungen, und wenn ich die Gesammtheit dieser seelisch negativen Potenzen wohl schon einmal mit dem von der heiligen Schrift nahegelegten Namen „dämonische Welt" bezeichnet habe, ohne die Art dieser dämonischen Welt oder ihres Einflusses auf das Seelenleben des Menschen näher zu beschreiben, so ist damit doch offenbar meinerseits nicht das geschehen, was die Frankfurter Thesen als „ein Zurückführen der dem Irresein zu Grunde liegenden Krankheit auf den Begriff des Besessenseins" bezeichnen und bekämpfen zu müssen glauben. Den Ausdruck „Besessenheit", der sehr irreführend ist, auch in der heiligen Schrift bekanntlich nicht vorkommt, habe ich auf Geisteskrankheit niemals angewendet."

Wir sagen nun Herrn Hafner mit seinen eigenen Worten: „Besessenheit ist eine durch seelisch organisirte Krankheitserreger hervorgerufene Geistesstörung.“ Diese seelisch organisirten Krankheitserreger können nur Dämonen im Sinne der Schrift sein. Die Austreibung dieser Dämonen ist die sehr vernünftige Consequenz aus dieser von Herrn Hafner vertretenen psychiatrischen Anschauung. Zur Definition der Dämonen als seelisch organisirte Krankheitserreger muss man Herrn H. wirklich gratuliren. Es ist die Wendung seiner schon früher vorgetragenen Lehre im Sinne der Bacterien-Infections-Theorie. H. hat die alten Dämonen gewissermassen in psychische Bacillen umgewandelt, was vielen in der Populär-Medicin erfahrenen Köpfen sicher einleuchten wird. Jedenfalls constatiren wir, dass Herr Hafner sachlich dasselbe meint, was der Verein deutscher Irrenärzte sehr richtig als Besessenheit bezeichnet hat.

Und mit einer solchen factischen Anschauung polemisirt nun Herr Hafner dagegen, dass wir ihm eine Lehre über Besessenheit imputirt haben. Er habe den Ausdruck (nb!) Besessenheit nie auf Geisteskranke angewendet.

Da ich Herrn Hafner nicht für unlogisch genug halte, um nicht den Unterschied zwischen dem factischen Inhalt eines Wortes und dessen Berechtigung als sprachlicher Ausdruck zu erkennen, so bleibt nur die Annahme, dass es sich um den Versuch einer absichtlichen Täuschung der Leser über die Natur seiner psychiatrischen Anschauung handelt.

Zudem ist es einfach lächerlich von Herrn H., gegen dieses Wort zu polemisiren, da dasselbe in den Conferenzen der deutschen evangelischen Irrenseelsorger im gleichen Sinne verstanden und angewendet worden ist, wie von uns Irrenärzten. Durch die Hafner'sche Spiegelfechterei sehe ich mich genöthigt, aus einem Vortrage, welcher auf der ersten Conferenz des Verbandes deutscher evangelischer Irrenseelsorger von Herrn Pastor Fliedner-Kaiserswerth über „Besessensein und Irresein“ gehalten worden ist, einige Sätze abzudrucken:

1. Nach den ev. Berichten äusserte sich das Besessensein vielfach in derselben Weise wie unser heutiges Irresein und die damit verwandten Krankheiten (Tobsucht, Melancholie, Stupor, Epilepsie, Hysterie, Somnambulismus??).

2. Die Besessenen werden als krank angesehen und behandelt (Heilung und Austreibung der Dämonen sind Synonyma*), aber zugleich als solche Personen, mit deren Seelenleben dämonische Mächte, welche im Dienste des Satans stehen, eine innige Verbindung eingegangen sind, so dass die Grenzen zwischen der Persönlichkeit und dem sie beherrschenden Geist ineinanderfliessen.

3. Bei unseren Irren legen zahlreiche Erscheinungen den Gedanken an Einwirkung feindlicher, insonderheit unreiner Geister nahe; bei Maniacalischen: überraschende, fast übernatürliche Kraftäusserung, Empfindungslosigkeit gegen Schmerz, geschlechtliche Ausschreitungen in Wort und That, welche mit der physischen und moralischen Beschaffenheit der Personen in unlösbarem Widerspruchstehen; bei Melancholischen und Stupösen (sic!): völlige

*) Anm.: Genau so habe ich die Sache in meinem früheren Artikel aufgefasst. Sommer.

Abgeschlossenheit gegen sinnliche und geistige Genüsse; bei Hysterischen: systematische Schädigung des Leibes, Sprachlosigkeit und alle undenkbaren Wunderlichkeiten. Andrerseits ist es der Wissenschaft häufig unmöglich, krankhafte organische Veränderungen bei den Leichen hochgradiger Irren zu erkennen.

4. Trotzdem haben wir alle Irren als krank*), zunächst nur als solche anzusehen und zu behandeln, d. h. mit Barmherzigkeit, aber auch mit Ernst dem Geist der Verzagtheit, wie dem Geist des Uebermuths entgegenzutreten.

5. Menschen, welche leiblich durch Verwundungen oder krankhafte Veränderungen in Organen oder Kreislauf, psychisch, sei es durch Schrecken, sei es durch Gewohnheitssünden oder einzelne Uebelthaten geschwächt sind, werden den finsteren Mächten willkommene Ziele ihres Angriffs sein und ihnen weniger Widerstand entgegensetzen, als verhältnissmässig intacte Persönlichkeiten.

Summa: Alle Besessenen waren Kranke; manche Kranke sind Besessene.

Hier steht es von einem ehrlichen Manne deutlich ausgesprochen: Manche Kranke sind Besessene; und nun mag Herr Hafner weiter versuchen, zu beweisen, dass der Verein der deutschen Irrenärzte ihm Lehren über Besessenheit imputirt hat, welche er nie von sich gegeben hat.

Ein Muster von scholastischer Begriffsverdrehung giebt Herr Hafner weiterhin in der Ausführung, welche sich auf die Verantwortlichkeit der Geisteskranken bezieht. Hafner hält daran fest, dass „in allem Thun der Geisteskranken noch ein Ethisches, ein Verantwortliches sei“ und beweist dann, dass sie doch nicht bestraft werden dürfen. Aber der Beweis ist einfach erschlichen. „Wir können in allem Thun der Geisteskranken noch ein Ethisches, ein Verantwortliches erkennen, mag es auch noch so gering sein. Das Gesetz ist nicht im Stande, jemals den Grad der Verantwortlichkeit zu bestimmen. Darum darf der Geisteskranke nicht bestraft werden. Kein Mensch kann den Grad der Verantwortlichkeit bei einem Geisteskranken bestimmen, darum darf der Kranke nicht als Schuldiger behandelt werden“. Also nicht, weil der Geisteskranke unverantwortlich ist, sondern weil wir den Grad der Verantwortlichkeit nicht bestimmen können, darf er nicht bestraft werden. Herr Hafner, den ich übrigens auf die in diesem Heft gegebenen Ausführungen eines vorläufig Ungenannten über Freiheit, Zurechnungsfähigkeit, Verantwortlichkeit verweise, wird nun wohl wissen, dass eine Reihe von Psychiatern überhaupt unendlich viele Grade von Willensfreiheit und Unverantwortlichkeit annehmen. Wenn man die realiter bestraften Menschen psychologisch unterscheidet, wird eine grosse Verschiedenheit der Willensfreiheit in den einzelnen Fällen herauskommen.

Wenn die genaue Bestimmung des Grades der Verantwortlichkeit zur conditio sine qua non der Bestrafung gemacht wird, so ist jede Bestrafung principiell ausgeschlossen, denn eine derartige genaue Wägung der moralischen und unmoralischen Antriebe geht über das menschliche Können. Mit dieser Hafner'schen Beweisführung lässt sich das ganze

---

*) Anm.: Besessenheit ist ja auch eine Krankheit und die Teufelsaustreibung ist eine Heilung. Sommer.

Strafrecht umwerfen. — Aber so ernst ist die Sache nicht zu nehmen. Es handelt sich ja bloss darum, die Consequenzen seiner Lehre für das grosse Publikum zu verdecken. Die practische Consequenz aus der Lehre, dass die Geisteskanken verantwortlich sind, wird besonders für das unmittelbar in der Nähe der Kranken vorhandene Personal stets sein, dass die Kranken bestraft werden, was in dem von Director Scholz über die Diakonissen in Bremen berichteten Falle offenbar auch der Fall gewesen ist. Hier handelt es sich eben um practische Consequenzen von bestimmten Voraussetzungen aus. Die Idee, dass die Kranken zwar verantwortlich sind, aber wegen der Unmöglichkeit, den Grad ihrer Verantwortlichkeit zu bestimmen, nicht bestraft werden dürfen, wird schwerlich für ein Irrenwartepersonal zum treibenden Motiv für eine humane Behandlung von Kranken gemacht werden können.

Hier sind wir nun bei der Irrenwärterfrage angelangt, welche mir als der fundamentelle Punkt in unseren Erörterungen erscheint. Bevor wir jedoch darauf genauer eingehen, müssen wir noch eine Reihe anderer Reactionen auf die Frankfurter Versammlung beleuchten und zwar zunächst: v. Bodelschwingh's Erwiderung, Stöcker's Artikel über Rabies psychiatrica im „Volk“ vom 30. Juni 1893, ferner Capellmann's-Aachen Erguss im Aerztlichen Centralanzeiger 1893, Nr. 25, welcher in rührender Weise den Cultusminister gegen die bösen Psychiater zu Hilfe ruft.

(Fortsetzung folgt.)

Sommer.

Am 26. Juni fand in Gegenwart des Ministerpräsidenten Graf Eulenburg, des Oberbürgermeisters Zelle und mehrerer Mitglieder des Magistrats und zahlreicher Stadtverordneten die feierliche Eröffnung der neuen Irrenanstalt der Stadt Berlin Herzberge in Lichtenberg statt. Es fungiren an derselben zur Zeit als Director Prof. Moeli, als Oberärzte Dr. Otto und Dr. Kortum und ausserdem noch 6 Assistenzärzte.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XVI. Jahrgang. 1893 September. Neue Folge IV. Band.

I. Originalien.

Ueber Tabes bei Weibern.

Von P. J. Möbius.

Vor 9 Jahren habe ich in diesem Centralblatte (VII, p. 193, 266, 457, 1884) über Tabes bei Weibern geschrieben und habe 18 Krankengeschichten mitgetheilt. Es handelte sich darum, darzuthun, dass die Verhältnisse bei den Weibern nicht nur nicht gegen die ursächliche Beziehung zwischen Syphilis und Tabes sprechen, sondern dass gerade aus ihnen sich neue Gründe für diese Beziehung ergeben. Seitdem haben sich die Anschauungen insofern geändert, als die von mir vertretene Auffassung von Jahr zu Jahr mehr Anhänger gewonnen hat, so dass jetzt im Grossen und Ganzen die Fournier-Erb'sche Lehre als siegreich zu betrachten ist und man die Anerkennung des Satzes, dass in jedem Falle die Tabes Wirkung der Syphilis ist, in nicht ferner Zeit erwarten darf. Immerhin giebt es hier und da doch noch Gegner und vielfach noch Schwankende. Ich halte es daher nicht für überflüssig, weitere Thatsachen mitzutheilen, und will hier in Kürze über die von mir seit 1885 beobachteten tabeskranken Weiber berichten. Weggelassen habe ich nur einige Fälle, in denen mir die Diagnose nicht ganz sicher zu sein schien. Um möglichst kurz zu sein, gebe ich aus den Krankengeschichten nur die nöthigsten positiven Angaben wieder.

XIX. 53jährige Frau, wegen Untreue des Mannes geschieden. Sie heirathete vor 27 Jahren, gebar 6mal unreife Früchte, dann ein gesundes Mädchen, das jetzt 19 Jahre alt ist. Bald nach der Geburt dieses Kindes traten reissende Schmerzen in den Beinen und Blasenbeschwerden auf.

Typische Tabes mit mässiger Demenz: Tabes-Paralyse.

Vermuthliche Infection nach der Heirath; Intervall 8 Jahre.

XX. 43jährige Frau. Sie hat mit 26 Jahren geheirathet, hat 7mal geboren, darunter 4 unreife Früchte. Ihr Mann leidet seit 7 Jahren an

Tabes. Sie selbst hat seit 3 Jahren reissende Schmerzen und Parästhesien der Beine, Blasenbeschwerden.

Reflectorische Starre der ungleichen Pupillen, Hypästhesie bis zu den Knieen, kein Kniephänomen.

Vermuthliche Infection in den ersten Ehejahren; Intervall in maximo 14 Jahre.

XXI. 30jährige Frau. Seit 7 Jahren verheirathet. In dieser Zeit zehn Abortus! Seit 2 Jahren vergesslich, Klagen über Schmerzen in den Beinen.

Mässige Demenz. Zittern der Mundmuskeln und der Zunge. Leichte Sprachstörung. Reflectorische Pupillenstarre. Kein Kniephänomen. Tabes-Paralyse.

Vermuthliche Infection bei der Heirath; Intervall 5 Jahre.

XXII. 33jährige Frau. Seit 8 Jahren verheirathet. Das erste Kind hatte nach der Geburt einen Ausschlag und kranke Augen, beim 2. war es ebenso, bei der 3. Schwangerschaft ging die Frucht nach 5 Monaten ab, das 4. Kind hatte eine blaue Farbe und starb nach 2 Monaten. Seit der letzten Geburt, d. h. seit 1 Jahre, reissende Schmerzen und Schwäche der Beine, Beschwerden beim Harnlassen.

Reflectorische Starre der ungleichen Pupillen. Ataxie der Beine. Hypästhesie der Füsse. Kein Kniephänomen. Starke Anschwellung der Leistendrüsen.

Vermuthliche Infection bei der Heirath; Intervall 7 Jahre.

XXIII. 30jährige Frau. Seit 10 Jahren verheirathet. Sie wurde laut ihrer eigenen Angabe nach der Heirath durch ihren Mann angesteckt: Ulcus, Ausschlag, Haarausfall. Die Ehe war kinderlos. Seit $^1/_2$ Jahre bestehen reissende Schmerzen in den Beinen und Blasenbeschwerden.

Reflectorische Pupillenstarre. Romberg's Zeichen. Kein Kniephänomen.

Intervall etwa 9 Jahre.

XXIV. 33jährige Chorsängerin. Sie war vor 7 Jahren syphilitisch geworden, hatte häufige Rückfälle und wurde von Dr. E. Lesser wegen der Syphilis behandelt.

Seit kurzem war der Umgebung das sonderbare Wesen der Patientin aufgefallen. Es bestanden: Demenz, Zittern der Mundmuskeln und der Zunge, Sprachstörung, reflectorische Pupillenstarre, kein Kniephänomen, Romberg's Zeichen. Intervall etwa $6^1/_2$ Jahre.

XXV. 54jährige Frau. Heirath vor 18 Jahren. Im 1. und im 2. Jahre Abortus in der Mitte der Schwangerschaft, dann im 3. Jahre ein anscheinend gesunder Knabe, der mit 12 Jahren an „Gehirnverknöcherung“ gestorben ist. Seit 5 Jahren reissende Schmerzen in den Beinen und Blasenbeschwerden.

Reflectorische Pupillenstarre, kein Kniephänomen, Romberg's Zeichen, Anästhesie der Füsse.

Vermuthliche Infection bei der Heirath; Intervall 13 Jahre.

XXVI. 45jährige Frau. Heirath vor 20 Jahren. Im 1. Jahre Abortus. Seitdem Kinderlosigkeit. Seit 18 Jahren Anfälle von Migräne. Seit 7 Jahren reissende Schmerzen in den Beinen und Blasenbeschwerden. Seit 5 Jahren Parästhesien in Füssen und Händen. Seit 4 Monaten links Ptosis.

Erweiterung der linken Pupille. Reaction der Pupillen erhalten. Romberg's Zeichen. Kniephänomen gesteigert.

Vermuthliche Infection bei der Heirath; Intervall 13 Jahre.

XXVII. 63jährige Frau. Vor 34 Jahren zum 1. Male verheirathet, mehrere gesunde Kinder. Seit 20 Jahren zweite kinderlose Ehe. Der Mann leidet seit „vielen" Jahren an Tabes. Sie selbst hat seit 11 Jahren reissende Schmersen in den Beinen und Blasenbeschwerden. Seit 4 Jahren Parästhesien und Unsicherheit beim Gehen.

Myosis und reflectorische Pupillenstarre. Gürtelgefühl. Fleckweise Anästhesie. Romberg's Zeichen. Geringe Ataxie. Kein Kniephänomen.

Vermuthliche Infection bei der 2. Heirath; Intervall 9 Jahre.

XXVIII. 55jährige Frau. Seit ? Jahren kinderlos verheirathet. Sie wollte von einer Infection nichts wissen. Die Behandlung wurde dadurch unterbrochen, dass die Kr. wegen Kuppelei verhaftet wurde.

Seit mehreren Jahren lancinirende Schmerzen in den Beinen und Blasenbeschwerden, die sich zeitweise zu Incontinenz steigerten. Seit 3 Jahren zunehmende Sehschwäche.

Rechts Amaurose, links Ausfall der äusseren Hälfte des Gesichtsfeldes. Beiderseits Atrophia N. optici, rechts stärker als links (Dr. Lamhofer). Linksseitige Trigeminushypästhesie. Reaction der Pupillen träge. Kniephänomen schwach. Diese Kranke hatte ein merkwürdiges Symptom. Sie erzählte, dass sie von Zeit zu Zeit Dinge sehe, die nicht da seien. Sie sehe manchmal menschliche Gestalten, besonders aber spielende Hunde und Katzen. Sie konnte die Gruppen der Thiere, deren Grösse und Färbung genau beschreiben. Schloss sie die Augen, so verschwanden die Bilder. In der Regel zeigten diese sich etwas links von der Kranken. Seit etwa 1 Jahr sind sie nicht wiedergekehrt. Niemals hat sich bei der Kranken eine psychische Störung oder ein sonstiges Symptom der Paralyse finden lassen. Da der Augenspiegelbefund die Hemianopsie nicht erklärt, muss man wohl Veränderungen der Hirnrinde vermuthen, da auf solche auch die eigenthümlichen Hallucinationen leiten.*)

XXIX. 40jährige Frau. Heirath vor 16 Jahren. Erst 2 Abortus, dann ein ausgetragenes Kind, das bald nach der Geburt starb. Seit 8—9 Jahren lancinirende Schmerzen.

Ausgebildete typische Tabes. Anästhesie bis zu den Mammae.

Intervall 7—8 Jahre.

XXX. 51jährige Frau. Erst 3 gesunde Kinder. Dann, vor 20 Jahren, ein Abortus. Seitdem kinderlos. Seit 12 Jahren reissende Schmerzen in den Beinen und Blasenbeschwerden.

Reflectorische Pupillenstarre. Ataxie der Beine. Kein Kniephänomen. Arthropathie des linken Knies. Geheilter Bruch beider linken Unterschenkelknochen im unteren Drittel.

Intervall vermuthlich 8 Jahre.

---

*) Diese Betrachtung gilt auch von dem ähnlichen Falle J. B. Bouchard's (Ataxie locomotrice progressive; nystagmus; hallucination; cécité et amélioration de l'incoordination motrice. Gaz. hebdom., 2 S. XXIX. 47 1892).

Uebrigens ist die Behauptung B.'s, dass sein Kranker an Nystagmus gelitten habe, irrthümlich. Es hat sich um das bei Blinden häufige Augenzittern gehandelt.

Die von mir beschriebene Kranke ist inzwischen durch Apoplexie gestorben. Die Section wurde nicht gestattet.

XXXI. 50jährige Frau. Sie hatte in ihrer Ehe erst 4 gesunde Kinder. Im Jahre 1868 erkrankte ihr Mann laut Aussage des Herrn Dr. Pf. in W. an Syphilis. Gegen Ende des Jahres bekam die Frau Schmerzen in und Ausfluss aus den Geschlechtstheilen, dann Haarausfall, Halsweh. Im nächsten Jahre eine Fehlgeburt, 1870 ein Kind mit Ausschlag, das bald starb, in der Folge noch 4 Geburten, alle 4 Kinder starben bald nach der Geburt. Seit dem Sommer 1888 Taubheitsgefühl in den Beinen und hartnäckige Verstopfung. Häufig Anfälle von Uebelkeit und Erbrechen. Selten reissende Schmerzen in den Beinen.

Reflectorische Starre der ungleichen Pupillen. Linksseitige Trochlearislähmung. Taubheitsgefühl in den Händen. Links Atrophie des Interosseus primus. Hypästhesie der Füsse und Unterschenkel. Kniephänomen links erloschen, rechts erhalten (1889). Intervall 20 Jahre.

XXXII. 53jährige Frau. Typische Tabes, daneben ein derbes Oedem der Gesichtshaut und Struma. Harn normal.

Leider sind mir die Notizen über diesen Fall abhanden gekommen. Er ist daher nicht weiter zu verwerthen. Ich möchte nur auf die in ihm vorhandene merkwürdige Symptomengruppe hinweisen.

XXXIII. 38jährige Frau. Vor 12 Jahren Heirath. Nach 6 Monaten eine Fehlgeburt. Vorher Ausfall der Haare. Im nächsten Jahre wieder eine Fehlgeburt. Nach 5jähriger Ehe ein lebendes Kind, das im 1. Jahre an einer Drüsengeschwulst litt.

Seit 6 Monaten stechende Schmerzen und Schwäche der Beine. Zunehmende Unsicherheit des Ganges. Incontinentia vesicae.

Träge Reaction der ungleichen Pupillen. Romberg's Zeichen. Ataxie der Beine. Kein Kniephänomen.

Vermuthliche Infection bei der Heirath. Intervall $11^1/_2$ Jahre.

XXXIV. 40jährige Frau. Vor 11 Jahren Heirath. Nur 1 todtgeborenes Kind. Nichts Genaueres über die Infection bekannt. Seit 4—5 Jahren lancinirende Schmerzen und Blasenschwäche.

Reflectorische Pupillenstarre. Amblyopie durch Atrophia N. optici. Mässige Ataxie der Beine. Kein Kniephänomen.

Vermuthliche Infection bei der Heirath; Intervall 6—7 Jahre.

XXXV. 30jährige Ledige. Sie hat nicht geboren, weiss von einer syphilitischen Infection nichts, giebt aber zu, ein liederliches Leben geführt zu haben. Seit 4 Jahren lancinirende Schmerzen, Blasenschwäche, Gürtelgefühl.

Myosis und reflectorische Pupillenstarre. Links Amblyopie. Romberg's Zeichen. Kein Kniephänomen.

XXXVI. 34jährige Frau. Sie wurde vor 10 Jahren von ihrem Manne inficirt, bekam Schanker und secundäre Erscheinungen und wurde desshalb von dem Manne geschieden. Seit 2 Jahren stechende Schmerzen in den Beinen und im Kopfe, Blasenschwäche, Doppeltsehen, Parästhesie in den Beinen und im Ulnarisgebiete.

Sattelnase, die vor 9 Jahren entstanden ist. Myosis, rechts reflectorische Starre, links träge Reaction der Pupille. Fleckweise Anästhesie. Kniephänomen erhalten.

Intervall 8 Jahre.

XXXVII. 40jährige Frau. Vor 10 Jahren Heirath. Weder Fehlgeburten, noch ausgetragene Kinder. Die Frau konnte nichts über eine Ansteckung aussagen. Seit 2 Jahren stechende Schmerzen in den Beinen, seit 6 Monaten Ataxie, Gürtelgefühl, Incontinentia vesicae, Unempfindlichkeit beim Coitus, Parästhesieen in den Füssen.

Reagirende Pupillen. Fleckweise Anästhesie an Rumpf und Beinen. Mässige Ataxie der Beine. Kein Kniephänomen. Geschwollene Leistendrüsen. Der Nagel der grossen Zehen verdickt, verkrüppelt, grünlich-braun.

Intervall vermuthlich 8 Jahre.

XXXVIII. 35jährige Frau. Vor 11 Jahren Heirath. Nach 6 Monaten 1 Abortus, seitdem Sterilität. Der Ehemann gab zu, vor der Ehe Syphilis gehabt zu haben. Vor 3 Jahren vorübergehendes Doppelsehen. Seit 1 Jahr lancinirende Schmerzen, Blasenschwäche, hartnäckige Verstopfung, Ataxie, Abmagerung.

Sehr träge reagirende Pupillen. Kein Kniephänomen. Trotz leidlicher Kraft der auffallend abgemagerten Beine Unmöglichkeit, zu gehen und zu stehen. Bei Unterstützung von beiden Seiten atactischer Gang. Starke Hypästhesie bis zur Beckengegend. Diese Kranke hatte eine Art von „Clitoriskrisen“. Von Zeit zu Zeit trat in der Nacht Wollustgefühl mit schleimigem Ausflusse ein. Die Kranke fürchtete diese Zufälle, da gewöhnlich am nächsten Tage sich lancinirende Schmerzen zeigten. Sie hatte von der Kindheit an, ebenso wie Schwester und Mutter, an heftiger Migräne gelitten. Seit 2 Jahren waren die Migräne-Anfälle ganz ausgeblieben.

Intervall 8 Jahre.

XXXIX. 37jährige Ledige. Die Kranke machte den Eindruck grosser Ehrbarkeit und wies die Vermuthung einer Ansteckung entschieden zurück. Sie habe nie mit Männern zu thun gehabt. Später erklärte sie, sie habe anfänglich „vergessen“, dass sie vor 15 Jahren einmal die Thüre ihrer Schlafstube offen gelassen habe und dass da ein junger Mann hereingekommen sei, der sich mit ihr zu schaffen gemacht habe. Auch habe sie später ein „vielleicht kranker Herr“ geküsst.

Seit 3 Jahren von Zeit zu Zeit mässige stechende Schmerzen in den Beinen und Blasenschwäche. Seit 1 Jahr Amblyopie.

Reflectorische Pupillenstarre. Beiderseits Atrophia N. optici (Dr. Lamhofer). Romberg's Zeichen. Unsicherer Gang. Im Liegen keine deutliche Ataxie. Hypästhesie der Fusssohlen. Kein Kniephänomen. —

Unter den 21 neuen Kranken waren nur 3 ledige, alle hatten geschlechtlichen Verkehr gehabt. Alle bis auf 1 (XXXVIII) stammten aus den unbemittelten Klassen. Die Frage nach der Erblichkeit ergab bei Keiner etwas Wesentliches, wenn man nicht auf Angaben, wie die, der Vater sei am Schlage gestorben, die Mutter sei nervös gewesen, Gewicht legen will. Alle Kranken waren vor der Ehe, bezw. vor der Infection, im Wesentlichen gesund gewesen.

Der Schlusssatz meiner früheren Arbeit: „Bei der Mehrzahl der tabeskranken Weiber liess sich in der Vorgeschichte Syphilis nachweisen, bei fast allen fanden sich Umstände, welche eine frühere Infection wahrscheinlich machten“, wird durch die neuen Erfahrungen vollständig bestätigt. Nur muss man statt „fast allen“ sagen „allen“.

Freilich darf man den Nachweis der Syphilis nicht zu eng fassen. Wie zur Genüge bekannt ist, hat es bei Weibern sehr grosse Schwierigkeiten, eine frühere Infection direct nachzuweisen. Die meisten Ehefrauen wissen nichts von ihr und überdem muss der Arzt beim Fragen und Untersuchen zurückhaltend sein, damit die Kranke nicht etwa durch ihn von dem Verschulden des Mannes in Kenntniss gesetzt werde. Lässt man dies nicht aus dem Auge, so wird man die in den Krankengeschichten gegebenen Aussagen schwerwiegend genug finden. Die Hauptsache aber scheint mir die zu sein, dass es nicht gelingt, einen Fall zu finden, in dem die Syphilis unwahrscheinlich wäre. Gäbe es Tabes ohne Syphilis, so müsste doch die „tabische Jungfrau" auffindbar sein.

Das Alter der Erkrankten betrug im Mittel 37 Jahre (min. 28, max. 52 Jahre). Früher hatte ich als Mittel 32 Jahre gefunden. Aus allen 39 Fällen ergeben sich als Mittel 34,5 Jahre.

Das Intervall zwischen Infection und Tabesbeginn liess sich diesmal bei 18 annähernd bestimmen; es betrug im Mittel 9 Jahre (min. 5, max. 20 Jahre). Das frühere Mittel war 7 Jahre. Aus beiden Reihen ergeben sich also als Mittel 8 Jahre.

III. Referate und Kritiken.

421) **R. Götze:** Die Bleivergiftung; die Unzulänglichkeit der anatomischen Untersuchung des Nervensystems und die Nothwendigkeit einer chemischen Analyse des Nervenstoffwechsels und der Nervensubstanz.

(Verh. d. physic. med. Gesellsch. zu Würzburg. XXVI. Bd., Nr. 8.)

Die alte Streitfrage von der Localisation der Bleivergiftung sucht Verf. auf einem neuen Weg, dem der chemischen Analyse, zu lösen. In einer historischen Einleitung zeigt Verf. zunächst, dass schon im 18. Jahrhundert zwei Anschauungen sich schroff gegenüberstanden, von denen die eine den Sitz der Bleierkrankungen wesentlich in die Muskelsubstanz, die andere in die Nervensubstanz verlegte. Tanquerel des Planches ist der erste, der als die 4 hauptsächlichsten Aeusserungen der Bleierkrankung Kolik, Arthralgie, Lähmung und Encephalopathie von einander trennte. Für alle 4 Symptomencomplexe stellt er eine Erkrankung des Nervensystems, seien es nun die Bauchganglien, Rückenmark oder Grosshirn, als ätiolog. Moment hin. — Im Gegensatz dazu steht die Anschauung einer Anzahl Autoren (Henle, Franke, Gusserow, Hitzig), welche die Krankheit in der Muskulatur und zwar hauptsächlich in der glatten Muskulatur des Darms und der Gefässe localisiren und damit die ganze Reihe der Symptome als eine Art Ernährungsstörung der betr. Organe erklären wollten. Doch ist diese Anschauung, namentlich auch durch den directen chemischen Nachweis des Bleies in der Nervensubstanz (Heubel) derart widerlegt, dass es sich nur noch um die Frage handelt, ob centrale Rückenmarkserkrankung oder periphere Neuritis, und zwar präcisirt Verf. den jetzigen Standpunkt der meisten Autoren dahin, dass die Bleilähmung ursprünglich eine periphere Nervenerkrankung sei und erst in späteren Stadien das Rückenmark ergreife.

Einige, vor allen Erb, sind der Ansicht, dass es sich um functionelle Veränderungen im Rückenmark handeln könne, die anatomisch nachweisbare Läsionen der peripheren Nerven hervorbringen.

Diese bisher durch Obductionsbefunde oder experimentell-anatomische Untersuchungen gefundenen Resultate erklärt nun Verf. für ungenügend, um eine Erkrankung des Hirns und Rückenmarks entweder zu erklären oder zu widerlegen. Er schlägt dafür vor, „die vergleichende Analyse der Stoffwechselproducte heranzuziehen und die differentielle physicalisch-chemische Untersuchung der nervösen Substanz selbst in's Auge zu fassen". Verf. hofft von derartigen Untersuchungsmethoden nicht nur eine Lösung der Bleifrage, sondern vor allem Aufklärung über die Pathogenese einiger anderer Krankheiten, vor allem der progressiven Paralyse und der Tabes, die er als Intoxicationen analog der Bleidyscrasie, sei es durch luetisches Virus, sei es durch anderes Gift, auffasst. Als ideale Forderung bezeichnet Verf. eine chemische Analyse der einzelnen Bestandtheile des Centralnervensystems, also etwa der grauen und weissen Substanz, den Nachweiss des betreffenden Giftes oder etwaiger unter dem Einfluss des Giftes gebildeten krankhafter Stoffwechselproducte. Dazu gehört aber eine genaue Kenntniss der chemischen Zusammenstellung des Centralnervensystems, die uns, wie Verf. an der Hand der chemisch-analyt. Arbeiten über dies Gebiet ausführt, bis jetzt noch fehlt. Es dürften also von dieser Methode noch weniger befriedigende Resultate zu erwarten sein, als von den vom Verf. verworfenen anatomischen und histologischen Methoden. Bleibt also der Weg, „die Producte des Gesammtstoffwechsels zu untersuchen und daraus Schlüsse auf den Stoffwechsel des Nervensystems und seine Abweichungen von der Norm zu ziehen". Verf. hat in seinen Untersuchungen diesen Weg betreten.

Die Uebereinstimmung der Symptome der Bleiarthritis mit denen der Arthritis urica veranlasste ihn, sein Augenmerk zunächst auf die Harnsäureausscheidungen, dann auf die des Harnstoffs zu wenden. Ferner wurden die Phosphorsäure und die Chloride bestimmt. Dies geschah bei 6 Kranken während des Zeitraums von 4 – 8 Tagen.

Das Hauptresultat, welches Verf. aus seinen Versuchen zieht, nämlich, dass sich „der Stoffwechsel im acuten Vergiftungsanfall durchaus von dem im chronischen Vergiftungszustand unterscheidet", deckt sich wohl im ganzen mit den Stoffwechseluntersuchungen bei der gewöhnlichen Arthritis urica, namentlich was die Abscheidung der Harnsäure und Phosphorsäure betrifft. Etwaige Abweichungen sind bei den relativ kleinen Versuchsreihen über die Verff. verfügt, kaum von grosser Bedeutung. Zu der Lösung der ursprünglich vom Verf. aufgeworfenen Frage, ob das Blei central oder peripher wirke (cf. S. 13), tragen die gefundenen Resultate allerdings wenig bei. Verf. nimmt zu diesem Zweck das Verhältniss $P_2O_5 : N$ in Anspruch, um aus dessen Schwankungen Schlüsse auf den Stoffwechsel des Nervensystems und damit auf dessen Beschaffenheit selbst zu ziehen. Er fügt aber bei, dass die Folgerungen, welche Zuelzer zuerst daraus gezogen hat, auf Giltigkeit erst Anspruch machen, wenn eine genaue Bestimmung des Gesammtstoffwechsels vorliegt.

Aber auch dann liesse sich wohl kaum die Frage entscheiden, ob die Schädigung primär im Centralorgan oder in den peripheren Nerven an-

greift, was trotz der constatirten Einheit zwischen Ganglienzelle und peripherem Nerv nicht ganz unwichtig sein dürfte. Denn dass dem ganzen Bild der Bleivergiftung eine primäre Erkrankung des Nervensystems und nicht der Organe (Muskel, Darm, Gefässe) zu Grunde liegt, weiss man, wie Verf. in seiner Einleitung gezeigt hat, schon seit Tanquerel. — Gewiss hofft Verf. mit Recht, von einem weiteren Ausbau der chemisch-analytischen Untersuchungsmethoden eine genauere Erkennung der Pathogenese sowohl der Bleivergiftung als anderer Erkrankungen, wie Tabes-Paralyse. Bis dahin dürften aber die anatomisch-experimentellen Methoden auch noch Anwendung finden; — namentlich aber die von Ehrlich zuerst in die histologische Technik eingeführten histiochemischen Färbemethoden, wie sie ähnlich auch von Nissl zur Untersuchung des Centralnervensystems angegeben wurden.

Weber (Würzburg).

---

422) **M. H. Bourges** (Paris): Myélite diffuse aigue expérimentale produite par l'érysipélocoque.

(Arch. de médecine expérimentale 1893, Nr. 2.)

Seit einiger Zeit ist das Studium der Nervenkrankheiten, welche durch Bacterien resp. deren Gift hervorgerufen werden, in das Stadium der experimentellen Untersuchung eingetreten. Schon Roux und Yersin hatten in ihren grundlegenden Arbeiten über Diphtherie beim Hunde experimentelle Lähmungen erzeugen können. Im Jahre 1891 gelang es dann H. Roger, eine systematische Läsion der Vorderstränge des Rückenmarkes zu erzielen. 14 Kaninchen, welche mit Streptokokken geimpft worden waren, zeigten nach 2—3 Wochen eine fortschreitende Abmagerung der Hinterbeine, der Hinterbacken und der Lumbalgegend. Bei der Autopsie fand Roger eine starke Muskelatrophie, sowie eine Veränderung der Vorderhornzellen, welche ganz blass oder überhaupt ungefärbt waren, Vacuolen zeigten und verkleinert waren. Anfangs 1892 berichteten dann Gilbert und Lion, dass das bacterium coli commune bei dem Kaninchen eine Rückenmarksaffection mit Läsion der Vorderhornzellen und progressiver Muskelatrophie hervorrufen kann, welche der acuten Myelitis des Menschen ganz entspricht.

Bourges hatte unter anderen Kaninchen am 4. April 1892 eines mit einer Cultur abgeschwächter Erysipelkokken geimpft; dasselbe begann schon nach 2 Tagen die Hinterbeine nachzuschleppen, am 9. April bestand eine völlige Paraplegie, Sphincterenlähmung und Diarrhoe. Das Thier magerte rasch ab, besonders aber zeigten sich die Hinterbeine atrophisch. Es bildete sich eine Eschara an der rechten Hinterbacke und am 19. April, 15 Tage nach der Impfung, erfolgte der Tod. Bei der Section fand sich im Halsmarke und im Brustmarke eine beträchtliche Störung der grauen Substanz. In den Vorderhörnern fehlen etwa die Hälfte der Ganglienzellen, die vorhandenen Zellen färben sich schlecht, zeigen Vacuolen oder haben keine Fortsätze. Dieselben Veränderungen bestehen in etwas geringerem Grade in den Hinterhörnern, während die weissen Stränge fast ganz intact sind. Die Gefässe sind zahlreich, strotzend mit Blut gefüllt und in der grauen Substanz constatirt man zahlreiche Blutextravasate. Im Lumbalmark ist die ganze Querschnittszeichnung verwischt, die Präparate färben sich fast gar nicht, zahlreiche Trümmer von Körnchenzellen bedecken die Oberfläche.

Die Gefässe sind kaum zu sehen und enthalten kein Blut. Die peripheren Nerven waren normal. Die Muskeln aller vier Beine befinden sich im Zustande einer fettigen Degeneration; zahlreiche kleine Fettkörnchen bedecken die verschmälerten ungleichen Muskelfasern.

Es handelt sich also hier um eine acute Myelitis, welche das Lendenmark fast ganz zerstört hat und die Nervenzellen in der ganzen Höhe des Rückenmarkes und in der ganzen Ausdehnung der grauen Substanz geschädigt hat. Diese Myelitis hatte eine völlige Lähmung der Hinterbeine mit Sphincterenparalyse und Decubitus hervorgerufen, wozu sich ausserdem noch eine allgemeine Atrophie aller Muskeln gesellte.

Strauscheid.

---

423) **Ernst Fuchs:** Association von Lidbewegung mit seitlichen Bewegungen des Auges.

(Beitr. z. Augenheilk., XI. Heft.)

Unter normalen Verhältnissen ist die Hebung und Senkung des oberen Augenlides nur mit Hebung und Senkung des Blicks associirt. Abnormerweise kann sie auch mit anderen Muskelbewegungen einhergehen, wie z. B. mit Bewegungen des Unterkiefers (Kraus, Inaug.-Diss., Göttingen 1891). Mit seitlichen Augenbewegungen ist die Lidbewegung bisher sehr selten associirt gefunden worden. Mit der Contraction des Rectus internus kann sich sowohl eine Contraction des Levator als eine Erschlaffung des Levator verbinden.

Ersteres Verhalten ist beobachtet von Browning: 46jähriger Mann mit sonst gesunden Augen. Bei Linkswendung des Blicks hob sich das rechte, senkte sich das linke, bei Rechtswendung des Blicks hob sich das linke, senkte sich das rechte Oberlid, bei Convergenz hoben sich beide. Es handelte sich hier also wohl um eine angeborene abnorme Association zwischen Rectus internus und Levator. Fuchs theilt 5 sehr interessante Fälle von einseitiger mehr oder weniger hochgradiger Oculomotoriuslähmung mit, in welchen jede ausgeführte oder versuchte Innervation des Internus der gelähmten Seite von einer Hebung des gelähmten Oberlides begleitet war. In einem dieser Fälle, bei einem 21jährigen Mädchen mit totaler linksseitiger Oculomotoriuslähmung, bewegte sich ausserdem das mitgelähmte Oberlid, unabhängig von Augenbewegungen, in regelmässigem Rythmus, derart, dass die Lidspalte sich im Verlauf von einer Minute 2mal von 9 auf 3 mm verengerte und wieder erweiterte. In diesem wie in noch einem Fall ging mit jeder Hebung des Lids eine Verengerung, mit jeder Senkung eine Erweiterung der Pupille einher.

Erschlaffung des Levator mit jeder Contraction des Internus sah Phillips bei zwei gesunden Brüdern: Bei jeder Rechtswendung der Augen sank das linke, bei jeder Linkswendung sank das rechte Oberlid herab, während das andere unverändert blieb. Fuchs beobachtete dieselbe Erscheinung, jedoch wiederum nur einseitig, bei 2 Kranken, einmal bei Ponstumor und normalen Augen, das andere Mal bei Oculomotoriusparese mit Ptosis. In einem 3. Fall bestand beiderseits leichte VI- und III-Parese und sanken mit der Linkswendung des Blickes beide Oberlider um 2 mm herab, bei der Rechtswendung blieben sie unverändert: also erfolgte die

Erschlaffung des Levator rechts gleichzeitig mit der Adduction, links gleichzeitig mit der Abduction des Auges. Heddaeus (Essen).

---

424) **Reche**: Pupillenungleichheit.
(Deutsch. med. Wochenschr. 1893, Nr. 13.)

Pupillenungleichheit gilt in den meisten Fällen als ein prognostisch schlechtes Zeichen. In Wirklichkeit beobachten sie die Augenärzte häufig, ohne dass sich dafür irgend ein wesentlicher Grund auffinden lässt. Reche hat nun auf der Magnus'schen Augenklinik innerhalb 4 Jahren sämmtliche Fälle von Pupillenungleichheit (unter 14,392 Fällen 256mal) genau beobachtet. Nachdem alle mit Tabes, allgemeiner Paralyse, Supraorbitalneuralgie, Hemicranie, Atrophia nervi optici, Netzhautablösung, Lähmung äusserer Augenmuskeln, Ptosis, Accomodationslähmung, Synechien oder auch nur vorhergegangener Iritis, sowie alle Fälle, in welchen die Pupillen auf Licht oder Accomodation gar nicht oder nur langsam reagirten, ausgeschieden waren, blieben noch 143 Fälle übrig, bei denen sich Pupillendifferenz fand, ohne dass eine exacte Erklärung dafür gegeben werden konnte. Da häufiger die rechte Pupille (76 : 67) verengt war, so spielt vielleicht die stärkere Entwicklung der rechten Seite überhaupt eine Rolle. Jedenfalls zeigt die genannte Arbeit, dass im Allgemeinen der prognostische Werth der „Anisocorie" kein allzu grosser ist. Peltesohn.

---

425) **M. Sergent**: Exophthalmie unilatérale intermittente.
(Société de Biologie à Paris. Séance du 11. février.)

Sergent stellt einen Kranken vor, bei dem man folgende Eigenthümlichkeiten beobachtet: Im Zustande der Ruhe und bei gerader Kopfhaltung erscheint das linke Auge etwas mehr eingesunken als das rechte. Neigt sich der Patient vornüber und senkt den Kopf, so entsteht ein Exophthalmus des linken Auges. Ebenso wenn derselbe sich anstrengt oder wenn man die venae jugulae comprimirt. Der Exophthalmus ist also hervorgebracht durch einen venösen Tumor hinter dem Bulbus. Der Enophthalmus im Zustande der Ruhe wahrscheinlich beruhend auf einem Schwund des orbitalen Zellgewebes durch den Druck von Seiten des Tumors.

Bach.

---

426) **Parinaud**: Paralysies associées des yeux, Hemianopsie partielle gauche. Paralysie faciale, paralysie de la langue et de la main du côté gauche.
(Bullet. de la Soc. d'Ophth. de Paris, p. 108, 1892.)

P. beobachtete einen Kranken, der ausser einer Lähmung der linken Hand und Störung der Sprache eine Facialislähmung zeigte; letztere hatte die Charactere einer Corticallähmung, es war nämlich der obere Theil des Facialis verhältnissmässig wenig betheiligt. Ferner konnte der Patient den Blick nicht heben, zeigte eine Beschränkung der Beweglichkeit seitlich in der Horizontalebene, während die Senkung der Blicklinie normal von Statten ging, Convergenz, Accomodisation, Pupillenreaction normal. Die Prüfung des Gesichtsfeldes ergab einen linksseitigen symmetrischen Anfall auf beiden Augen. P. erklärt alle Störungen durch einen einzigen Herd (Hämorrhagie oder Embolie) im rechten Stirnlappen, in dem centrum corticale des Facialis mit Ausstrahlung in die nächste Umgebung. Bach.

---

427) Dr. **Dutil**: Note sur une forme de ptosis non congénital et héréditaire (Progrès médical de Bourneville 1892.)
(Nach einem Referat im Recueil d'Ophthalmologie 1892, Seite 693.)

Dutil beobachtete einen atactischen Kranken, in dessen Familie 7 Mitglieder mütterlicherseits, 4 Generationen angehörend, ungefähr um das 50. Lebensjahr von einer doppelseitigen Lähmung des levator palpebrae superioris ergriffen wurden. Die Oberlider bedeckten fast vollständig die Bulbi, der Grad der Lähmung war gleich auf beiden Seiten. Die Lähmung entwickelte sich innerhalb 14 Monaten. Somit keine Störung von Seiten der Augen. Allgemeinbefinden immer gut. Patellarreflexe normal. Bach.

---

428) **M. Engelmann** et **M. Nahmmacher**: Sur l'influence de l'irritation centrale et réflex du nerf optique sur les mouvements des cônes de la rétine. (Nach einem Bericht über die Sitzung der k. Academie der Wissenschaften zu Amsterdam vom 22. X. 92 in den „Annales d'Oculistique". Janvier 1893.)

Die Verff. kommen auf Grund von Versuchen an Fröschen zu dem Resultat, dass centrifugale Fasern im Sehnerven existiren. Die Versuche wurden auf folgende Weise angestellt: Unter Benutzung eines schwach leuchtenden rothen Lichtes brachte man für einige Augenblicke einen Meersalzcrystall in ein Auge oder auf das freigelegte Chiasma. Die Frösche wurden dabei im Dunkel gehalten. 15 Minuten später wurde der Kopf amputirt und dann in 30% Salpetersäure gehärtet. Es wurde dann die Stäbchen- und Zapfenschicht untersucht. Bach.

---

429) **M. Ferri**: Ursachen der v. Graefe'schen Symptome bei der Basedow-schen Erkrankung.
(Annali di Ottalmologia, Anno XXI, Fasc. 3.)

Ferri fasst als v. Graefe'sches Symptom zusammen die Retraction der Oberlider und die Incoordination der Bewegungen der Lider mit der Bulbusbewegung. — Die Theorie, welche genanntes Symptom von einer Contractur des Müller'schen Muskels abhängen lässt, sei unhaltbar, denn dann müsste der Muskel in beständiger Contractur sein, was den physiologischen Gesetzen widerspricht. Ausserdem müsste man annehmen, dass der Sympathicus, der ja sowohl Müller'sche Muskeln als Gefässe versorgt, an der einen Seite paretisch, an der andern gereizt sei, was nicht recht angängig ist, selbst bei Annahme verschiedener Centren in der Bulbärgegend. Auch sieht man niemals den Müller'schen Muskel des Unterlides in Contraction. — Ferri erklärt genanntes Symptom durch eine Retraction des Oberlides. Diese sei die Folge der vasomotorischen Lähmung, welche die Basedow'sche Erkrankung characterisire. Die intramuskulären Gefässe würden den Muskel an Länge einbüssen lassen, was er an Dicke zunehme. — Ferri machte diesbezügliche Experimente und zwar durch Gefässinjection am Cadaver.

Bach.

---

430) **W. Hale White**: The function of the sympathetic ganglia.
(Brain. Autumn-Winter 1892. pag. 403.)

W. hat in früheren Arbeiten auf Grund zahlreicher Untersuchungen behauptet, dass einige der Ganglien des Sympathicus beim erwachsenen

Menschen ohne Function seien und hat folgende Thesen aufgestellt: Die oberen Cervicalganglien zeigten grosse Veränderlichkeit beim Erwachsenen, häufig seien die Zellen der Ganglien geschrumpft, kernlos, granulirt, ohne deutliche Begrenzung und stark pigmentirt, während das bei Kindern und beim Foetus nicht der Fall sei. Unter 68 Säugethieren wurden 4mal bei Affen Veränderungen wie beim erwachsenen Menschen gefunden; in allen übrigen Fällen waren die Zellen gut enwickelt. Hieraus gehe hervor, dass bei Thieren die Ganglien functioniren.

Aehnliche Befunde erhielt W. bei den Untersuchungen der Semilunarganglien bei Mensch und Thier. Auch ihre Zellen seien bei erwachsenen Menschen functionslos.

Die Ganglia thoracica sind beim erwachsenen Menschen nur leicht degenerirt. 36 Ganglia gasseri fand W. ohne atrophische Veränderungen; ebenso 6 Ganglia lenticular. und 12 Spinalganglien, sowie 10 Herzganglien.

Es scheinen also die Gangl. gasseri, lenticular., cardiac. beim erwachsenen Menschen zu functioniren; ebenfalls die meisten Zellen der hinteren Spinalganglien. Hiergegen hatte Friedrich Vas (allg. Wien. med. Z. 1891) sich gewendet. W. unterzieht in seiner neuen Arbeit die Ausführungen von Vas einer Antikritik und beharrt auf seinem früheren Standpunkte.

Wichmann.

---

431) **Paul Hocheisen:** Der Muskelsinn Blinder.

(Berliner Inauguraldissertation 1892.)

Die mit dem von Goldscheider zur Prüfung der Bewegungsempfindungen angegebenen Apparat (Berl. klin. Wochenschrift 1890, Nr. 14) ausgeführten Untersuchungen an 8 Blinden ergaben in mehr als 900 Einzelversuchen folgende Gesammtresultate:

1. Die im Tasten geübten Blinden zeigen eine objectiv nachweisbare Verfeinerung der Empfindung passiver Bewegungen.
2. Die Ursache dieser Verfeinerung ist eine psychische, indem durch Verschärfung der Aufmerksamkeit und Uebung in der Verwerthung sensibler Merkmale Empfindungen von undeutlich merklicher Sensibilität über die Schwelle gehoben werden.
3. Kinder besitzen eine feinere Empfindlichkeit für Bewegungen als Erwachsene.
4. Die Leistungen beider Extremitäten auf dem Gebiete der Bewegungsempfindungen sind wenig verschieden und schwanken in unregelmässiger Weise zwischen rechts und links.
5. Der Raumsinn ist bei Blinden in geringem Measse und in nicht immer deutlich nachweisbarer Weise verfeinert. Die Verfeinerung ist auf Uebung zurückzuführen.

Hoppe.

---

432) **L. v. Frankl-Hochwart** und **Alfr. Topolanski:** Zur Kenntniss der Augensymptome bei Neurosen.

(Deutschmann's Beiträge zur Augenheilkunde, XI. Heft.)

Nervenarzt und Augenarzt haben sich vereinigt, um die Frage nach der Bedeutung der Gesichtsfeldeinengungen für die traumatische Neurose (traumatische Hysterie) zu lösen. Sie prüften ausser den Gesichtsfelds-

grenzen (mit dem Förster'schen Perimeter) auch den Farben- und Lichtsinn (mit dem Chromatophotooptometer von Chibret) und dehnten ihre Untersuchungen auch auf die nicht traumatische Hysterie und Neurasthenie aus. Die Verfasser fassen selbst den Inhalt ihrer Arbeit in folgenden Sätzen zusammen:

1. Der Hysterie mit normaler Sensibilität kommt für gewöhnlich keine concentrische Gesichtsfeldeinschränkung zu, sowie auch keine wesentliche Störung des Farben- und Lichtsinnes.
2. Bei Hysterie mit Sensibilitätsstörung kann das Perimeter, sowie auch Farben- und Lichtsinn völlig normal sein.
3. Doch kann bei Hysterie — gleichgültig, ob sie mit Sensibilitätsstörung einhergeht oder nicht —, wenn auch Gesichtsfeld und Lichtsinn normal sind, das Perceptionsvermögen für die eine oder andere Farbe etwas herabgesetzt sein.
4. Bei Hysterie mit Sensibilitätsstörung ist die concentrische Gesichtsfeldeinschränkung eine ziemlich häufige Erscheinung. Die Einschränkung ist gewöhnlich an der anästhetischen Seite sehr deutlich ausgesprochen, in den meisten Fällen aber auch an der fühlenden Seite vorhanden.
   Mit der Einschränkung des Gesichtsfeldes zeigt sich auch eine oft bedeutende Herabsetzung des Licht- und Farbensinnes, die in vielen Fällen mit der Einschränkung bis zu einem gewissen Grade congruent ist.
   Mit den Veränderungen der Sensibilität schwankt auch die Grösse des Gesichtsfeldes und synchronisch mit dieser der Licht- und Farbensinn.
5. Als vereinzelte Erscheinung haben wir auch übernormale Gesichtsfelder und echte Hyperästhesie für Licht und Farben beobachtet.
6. Der Neurasthenie scheint für gewöhnlich keine concentrische Gesichtsfeldeinschränkung zuzukommen. Der Lichtsinn ist normal, ebenso die Sehschärfe. Nur in Bezug auf die Farbenperception zeigt sich bisweilen für einzelne Farben eine gewisse Herabsetzung, insbesondere für blau.
7. Alles, was wir hier für die nicht traumatischen Formen gesagt haben, gilt ebenso für die traumatische Hysterie und traumatische Neurasthenie.

Heddaeus (Essen).

---

433) **Hermann Oppenheim**: Ueber die senile Form der multiplen Neuritis. (Berl. klin. Wochenschr. 1893, Nr. 25.)

Indem O. an der Hand der Litteratur darauf hinweist, dass einerseits klinische Beobachtungen über Lähmungszustände unbestimmter Natur im Greisenalter, andrerseits pathologische Untersuchungen vorliegen, welche zeigen, dass im Greisenalter neuritische und atrophische Processe am peripherischen Nervensystem vorkommen, sucht er zwischen diesen beiden Beobachtungsreihen eine Brücke zu schlagen durch den Nachweis, dass es eine senile Form der multiplen Neuritis giebt, welche in Symptomen, Entwicklung und Verlauf doch genügende Eigenthümlichkeiten besitzt, um als specielle Form herausgehoben zu werden.

Es sind dies folgende:

1. Das Fehlen der bekannten ätiologischen Momente, der Intoxication und der Infection.

2. Die ausgesprochene Chronicität des Verlaufes.
3. Das Fehlen oder die Geringfügigkeit der sensiblen Reizerscheinungen (Schmerzen fehlten oder waren sehr mässig, auch die Druckempfindlichkeit der Nerven war gewöhnlich nicht sehr ausgeprägt).
4. Die unvollständige Entwicklung der motorischen und sensiblen Ausfallserscheinungen (selten völlige Lähmung), ebenso meist keine absolute Anästhesie.
5. Das Verschontbleiben der Hirnnerven.

Die ersten 3 Characteristica, auf welche O. das Hauptgewicht legt, fanden sich in allen (6) von ihm beobachteten Fällen, welche 5 Männer und 1 Frau im Alter von 70—82 Jahren betrafen.

Es entwickelte sich bei diesen Individuen, welche durchweg an Arteriosclerose litten und mehr oder weniger abgemagert waren, in langsam zunehmender Intensität Störungen der Beweglichkeit und des Gefühls (Hypästhesie) an den Extremitäten, die besonders an den Enden (Hände, Füsse, Zehen, Finger) betroffen waren. Während Schmerzen fehlten oder nur geringfügig waren, wurde meist über Parästhesien (lebhaftes Zucken) geklagt. Objectiv fanden sich degenerative Lähmungszustände in einzelnen Nervengebieten der Extremitäten (besonders in den kleinen Handmuskeln und im Peroneusgebiet), während die Druckempfindlichkeit der Muskeln und Nerven nur gering war. Kniephänomen fehlte in allen Fällen bis auf einen. Bei schleichendem Verlauf zeigte sich Tendenz zu Remissionen. In 2 Fällen wurde eine an Heilung grenzende, in einem 3. Falle bedeutende Besserung erzielt. Besonders bewährten sich die feuchten Einpackungen, der galvanische Strom, Ruhe, Schonung und kräftige Ernährung. Hoppe.

---

434) **Harry Friedenwald** (Baltimore): Cranial deformity and optic-nerve atrophy.

(The american journal of the medical sciences. May 1893.)

Bei einem 26jährigen Kaufmanne mit stark oxycephalem Schädel fand F. eine von Kindheit an bestehende Amblyopie und dementsprechend ophthalmoscopisch eine Opticusatrophie mit den Zeichen einer abgelaufenen Neuritis optica. Pat., der geistig völlig normal war, hatte bis zum 17. Lebensjahre vie an Kopfschmerzen gelitten; die Bulbi waren etwas prominent. F. hat aus der Litteratur 16 ähnliche Fälle von Opticusatrophie bei Schädeldifformitäten zusammengestellt. Das Leiden entsteht immer in den ersten Lebensjahren. Die Intelligenz der Kranken war durchweg gut; zwei litten an Epilepsie. In drei Autopsien fand man Verengerung des foramen opticum. Worauf die Opticusatrophie direct zurückzuführen ist, darüber lassen sich nur Muthmassungen aussprechen; man hat an Entzündungen der dura mater, an hydrocephalische Zustände und dergleichen gedacht, ohne hierfür einen Beweis beibringen zu können. Stets handelt es sich um eine neuritische Atrophie. Strauscheid.

---

435) **Th. Sachs**: Studien zur Pathologie des N. opticus. 1. Einschnürung der Sehnerven durch gespannte Gefässe der Hirnbasis.

(Arch. f. Aug., 26, S. 237.)

Bei einer 26jährigen, nach Laparotomie verstorbenen Frau fand sich bei der Section ein wallnussgrosser Tumor in der Sella turcica: „Sarcoma

plexiforme mit Annäherung an den Cylindromtypus". Durch ihn war das Chiasma stark abgeplattet und nach hinten und oben verschoben, dessgleichen die Sehnerven abgeplattet, gedehnt und einerseits stark seitlich auseinandergedrängt, bis in den Abgangswinkel der A. corporis callosi von der Carotis interna, andrerseits nach oben gegen die sich quer über sie wegspannenden Gefässe (Aa. corporis callosi) angedrängt und durch diese tief eingefurcht. Die Abschnürung war links vollständig, rechts fast vollständig. Auch seitens der oberen Umrandung des Foramen opticum wurde ein Druck auf die hochgedrängten Nerven ausgeübt. So war es zu hochgradiger auf- und absteigender Degeneration in den Sehnerven gekommen, welche von S. einestheils bis in die Bulbi einschliesslich, andrerseits bis in das Chiasma einschliesslich verfolgt werden konnte. Auffallend war einmal die Beschränkung der secundären Degeneration auf gewisse Bündelgruppen, sodann die Zunahme der Degeneration in der Richtung gegen den Bulbus hin. Zur Erklärung dieser letzteren seltsamen Erscheinung greift S. zu der Hypothese, dass es sich eigentlich nicht um eine von der Stelle der Läsion absteigende Entartung handle, sondern dass die Richtung, in welcher sich die Secundärdegeneration fortpflanzt, zusammenfalle mit der Leitungsrichtung der betr. Nervenfasern, dass also nach Durchtrennung des ganz vorzugsweise aus centripetalen Fasern bestehenden Sehnerven die Degeneration am Bulbus beginne und von da aufsteigend nach dem Gehirn zu sich weiter verbreite — eine Annahme, welche schwerlich den Beifall des Klinikers finden dürfte.

Bezüglich der übrigen interessanten Einzelheiten der sehr eingehenden macro- und microscopischen Untersuchung muss auf das Original und die begleitenden Abbildungen verwiesen werden. Wunder nehmen muss es, dass die von allen Seiten so hart bedrängten und geschnürten Sehnerven im Leben noch gut functionirt hatten. Die Frau hatte nie über Sehstörung geklagt, war daher auch nicht augenärztlich untersucht worden.

In der Litteratur existirt nur ein ähnlicher Fall von L. Türk. Seine Patientin war aber links ganz, rechts theilweise erblindet.

Bei den zahlreich beschriebenen Hypophysentumoren sind Schnürfurchen wie die hier beschriebenen fast nie gesehen worden, vermuthlich weil dabei die starke seitliche Auseinanderdrängung der Sehnerven nie beachtet ist.

In Fällen von „genuiner" Sehnervenatrophie wird man an Compression der Nerven durch angespannte oder sclerosirte oder auch durch aneurysmatisch erweiterte Gefässe zu denken haben (vgl. Bernheimer, Cbl. 1892, Ref. 52).

Heddaeus (Essen).

---

436) **Krafft-Ebing**: Ein Fall von Paraplegia brachialis.
(Wien med. W. 1893. 173.)

Im Anschluss an eine Pneumonie erkrankte ein 35jähriger bisher im Allgemeinen gesunder Mann plötzlich an einer Lähmung beider Oberextremitäten. Sensibilität links aufgehoben, rechts herabgesetzt. Letztere kehrte nach einigen Wochen wieder, ebenso besserte sich die Beweglichkeit an den Fingern und Handgelenken. Dazu trat aber Dysphagie, Dyspnoe, Schwerhörigkeit und erhebliche Schmerzen im Nacken und den oberen Extremitäten. Nach einigen Wochen schwanden auch diese Erscheinungen wieder und man constatirte intacte Function sämmtlicher Hirnnerven und der unteren

Extremitäten, dagegen Abmagerung der Muskeln des Schultergürtels. Die motorische Störung in beiden oberen Extremitäten bezog sich auf Brust-, Schulter- und Armmuskulatur in nicht ganz symmetrischer Anordnung. In einigen Muskeln konnte qualitative und quantitative Veränderung der electrischen Erregbarkeit constatirt werden.

Verf. hält die Affection für eine doppelseitige multiple Neuritis im plexus brach. Schwer geschädigt war: N. sub- und supraclavicularis, axillaris, radialis, musculo-cutaneus; leicht getroffen: N. thoracici ant., n. thorac. longus, medianus und ulnaris.

Die vorübergehende Dysphagie, Dyspnoe und Schwerhörigkeit deutet er als neuritische Mitaffection des Vagus, glossopharyngeus und acusticus. Er hält diese Polyneuritis für eine infectiöse, postpneumonische.

Lehmann (Werneck).

---

437) **John Berg** und **A. Vestberg**: Fall af plexiformt Neurom (Verneuil) eller „Rankenneurom“ (Bruns).

(Hygiea. Marts 1893. S. 289.)

Die Verff. haben Gelegenheit gehabt, ein Dienstmädchen zu untersuchen, welches eigenthümliche Störungen des rechten Arms und eines Theils der Brust darbot. Die Veränderung war angeblich angeboren und bestand in einer Verdickung der Haut von der Schulter bis an das Handgelenk in beinahe dem ganzen Umkreis des Armes. Die Haut bildet hier grosse, schlaffe Wülste, durch quer verlaufende Furchen geschieden. Unter der Haut fühlt man ein unregelmässiges Gewirr von geschlungenen, harten Strängen mit knotenförmigen Aufschwellungen von der Grösse einer Nuss bis einer Wallnuss. Ausserdem ist die Haut stark pigmentirt, von graubräunlicher Farbe. An der rechten Seite des Thorax findet sich eine cirkelrunde Partie von ganz ähnlicher Structur, worunter die M. pectorales vollständig zu fehlen scheinen, und die Rippen sind hier stark nach einwärts gebogen, so dass die ganze Partie etwas eingesunken ist. Die Sensibilität ist überall normal. Die microscopische Untersuchung eines ausgeschnittenen Stückes (Vestberg) zeigte die Structur eines echten neuroma plexiforme mit recht bedeutender Bindegewebsentwicklung.

In der Litteratur hat Berg 43 ähnliche Fälle gefunden.

Koch (Kopenhagen).

---

438) **William Bulloch**: Hyaline degeneration of the spinal cord.

(Brain. Autumn-Winter 1892, pag. 411.)

Hyaline Degeneration des Rückenmarks ist selten. Meist wird sie in Verbindung mit Syringomyelie gefunden. B. beobachtete folgenden Fall:

W. B., 51jähriger Arbeiter, ohne Alcoholismus, ohne Syphilis, von guter Ernährung. Sein Leiden hat sich langsam entwickelt. Er zeigt das Bild der perniciösen Anämie, Oedeme im Gesicht und an den Füssen bei grosser Anämie; Verminderung der Zahl der rothen Blutkörperchen. Seitens des Nervensystems bestand anfangs nur etwas Schwäche der Intelligenz mit gelegentlichen Sinnestäuschungen und eine gewisse Unbehülflichkeit bei Bewegungen. Später entwickelte sich ein deutliches Nervenleiden. Die Hallucinationen werden häufiger, er hört Stimmen und fühlt nächtlic e

Belästigungen. Motorische Schwäche der Beine, Ataxie, Romberg'sches Zeichen treten auf. Im Verlauf einiger Tage geht die Parese in Paralyse über, die eine schlaffe ist und mit Fehlen der oberflächlichen und tiefen Reflexe einhergeht. Blase und Rectum frei. Nach 3 Tagen werden die Hände und Arme ergriffen, die nach weiteren 4 Tagen völlig gelähmt sind. Es trat deutliche Gedächtnissschwäche und Apathie auf. So blieb es einige Wochen. Die Berührungsempfindung war herabgesetzt. Localisationsvermögen, Lagegefühl der Beine, Muskel- und Wärmesinn waren normal. Die Temperatur war gewöhnlich normal, stieg aber ab und zu bis auf 104 F. Später trat Diarrhoe und Urinverhaltung ein. Ueber Schmerz wurde nie geklagt. Unter Abnahme der Intelligenz und Auftreten von Decubitus starb der Kranke.

Die Section ergab: Verwachsungen der Dura, Atherom der Hirnarterien. Rückenmark abnorm weich, zeigt in der Höhe des 3.—5. Cervicalis eine Höhle. Nach der Härtung ergab sich Verdickung der Pia des Rückenmarks, erweiterte Blutgefässe mit verdickten Wänden und mit homogenem glasigen Ansehen. Eine gleiche Masse umgab rings das Rückenmark und erstreckte sich mit der Septis in das Mark hinein (cf. Abbildung im Original), wo die Nervenfasern durch Druck dieser hyalinen Masse zur Degeneration gebracht werden. Die Masse scheint von den Gefässen zu stammen. Auch die Ganglienzellen sind zum Theil hyalin entartet. Die hyaline Masse ist in der Höhe des 3.—5. Cervicalis zerfallen und bildet dort eine Höhle. Sämmtliche Stränge des Rückenmarks sind betroffen, die Hinterstränge am stärksten. Wichmann.

---

439) **Fournier**: Tabès et paralysie générale. Clinique médicale de l'hôpital St. Louis.

(Le Bullet. médical 1893, Nr. 46. Juni 11.)

Allgemeine Paralyse und Tabes bieten recht viele Berührungspunkte zu einander:

1. In der Vielheit der beiden Krankheiten gemeinsamen Symptome (motorische Incoordination, Paralysen der Augenmuskeln, Pupillendifferenzen, Sphincterenlähmung, Sensibilitätsstörungen, Reflexstörungen, apoplectiforme und epileptiforme Anfälle, Plegien etc., trophische Störungen).
2. In der häufigen Combination und Association beider Krankheitstypen (sehr oft tabische Erscheinungen im Verlaufe der Paralyse und umgekehrt, Uebergang der einen Krankheit in die andere, besonders von Tabes in Paralyse, gleiches Schritthalten beider).
3. In der Identität des Ursprunges (Syphilis), der Aehnlichkeit der Entwicklung (Bevorzugung des männlichen Geschlechts und eines bestimmten Alters, auch juvenile Formen, langsame Entwicklung, spontane Remissionen) und des Ausganges.
4. In der Hartnäckigkeit gegen die therapeutischen Methoden.
5. In der anatomischen Pathologie (Zerstörung der Nervenröhren, Proliferation der Kerne, Verdickung der Neurogliafasern, Gefässalterationen etc, Neigung, sich über den Ursprungsherd hinaus zu verbreiten).

Diese Argumente bestimmen Fournier, beide Krankheiten als zwei, nur geographisch, topographisch geschiedene Formen ein und desselben Processes, zwei Localisationen einer einzigen Krankheit aufzufassen, der Syphilis als ätiologisches Moment zu Grunde liegt. Demgemäss unterscheidet F. drei Formen: 1. ausschliesslich auf das Rückenmark sich beschränkende Form = Tabes, 2. ausschliesslich auf das Gehirn sich beschränkende = Hirnparalyse, 3. beide Theile alterirende = Cerebro-spinal-Tabes.

Buschan.

---

440) **P. Kowalewsky:** Zur Lehre von der syphilitischen Spinalparalyse von Erb.

(Neurol. Centralbl. Nr. 2.)

K. macht darauf aufmerksam, dass zu gleicher Zeit, wie die Erb'schen Mittheilungen über die syphilitische Spinalparalyse, eine Arbeit von Dr. N. Muchin, Privatdocenten in Charkow, im russischen Archiv für Psychiatrie erschienen ist, welche fast genau dieselben Resultate enthält, nur glaubt Muchin, dass neben der Lues auch andere Toxine dieselben Veränderungen im Rückenmark hervorrufen und dasselbe Krankheitsbild herbeiführen können. Wenn Muchin eine viel grössere Häufigkeit der syphilitischen Spinalparalyse gegenüber der Tabes beobachtet hat als Erb, so liegt dies nach K. einfach darin, dass zu Muchin nur schwere Tabesformen dirigirt wurden.

K. schliesst daran einige differentialdiagnostische Bemerkungen. Von der ihr sehr ähnlichen Lateralsclerose unterscheidet sich die Spinalparalyse sowohl quantitativ als qualitativ (der spastische Gang, die Muskelrigidität, die Verstärkung der Sehnenreflexe ist bei Spinalparalyse viel schwächer als bei Lateralsclerose, der spastische Gang übrigens nicht immer und meist nur in vorgeschrittenen Fällen vorhanden; die Störung der Blasenfunction dagegen ist bei Lateralsclerose nicht unumgänglich und meist nur temporäre Erscheinung, während dieselbe bei der syphilitischen Spinalparalyse pathognomonisch ist; dazu kommen in manchen Fällen bei der Spinalparalyse Erscheinungen, welche bei der Lateralsclerose fehlen: Störungen in der Sensibilität, in den sexuellen und rectalen Functionen, in der Thätigkeit der Augenmuskeln und trophische Störungen).

Was die persönlichen Erfahrungen K.'s über die syphilitische Spinalparalyse betrifft, so hat derselbe im Jahre 1892 21 Fälle beobachtet, welche nur Männer swischen 30 und 45 Jahren betrafen. In allen Fällen waren Störungen der Blase und des Rectum (meist Retention — und dabei unwillkürliche Abgänge, wenn das Verlangen nach Uriniren oder Defäciren einmal kommt und nicht sofort befriedigt wird), Steigerung der Sehnenreflexe, starke Steigerung der thermischen Reflexe an den unteren Extremitäten vorhanden. Gegenüber der Tabes wichen die psychophysischen Reactionen des tactischen- und des Schmerzgefühls nicht von der Norm ab.

Hoppe.

---

441) **Schmidt-Rimpler:** Doppelseitige Hemianopsie mit Sectionsbefund.

(Arch. f. Aug. 26, 3. u. 4. Heft, S. 181.)

51jähriger Kranker. Jan. 1873 Kopfverletzung. Seit Neujahr 1875 rechtsseitige Hemiparese. Zuckungen in der rechten Hand. Seit Ostern

1875, nach einem neuen Anfall, rechtsseitige Hemianopsie. December 76 vollständige Erblindung. Ein sehr kleines centrales Gesichtsfeld kehrte wieder mit schliesslich S = 1. Farben richtig erkannt. Tod im August 77. Die Section ergab als Hauptbefund: Diffuses Haematom der Dura, als Ursache der rechsseitigen Hemianopsie angesprochen. Narbenartige Einziehung in der Gegend der linken hinteren Centralwindung. Im rechten Hinterhauptslappen mehrere Erweichungsherde an der Grenze zwischen grauer und weisser Substanz. Heddaeus (Essen).

---

442) **v. Frankl-Hochwart:** Zur Kenntniss der cerebralen Anästhesie.
(Wien. medic. W. 1893, S. 148. Vortr. in d. Ges. d. Aerzte in Wien.)

Verf. bespricht die hysterische Hemianästhesie, bei welcher auffallend ist, dass das Sehen beider Augen beeinträchtigt ist, während Gehör, Geschmack, Geruch und Gefühl nur auf der afficirten Seite fehlt, auf der andern jedoch völlig intact erscheint. Verf. weist für das Gehör und die Hautsensibilität nach, dass auch hier auf der nicht anästhetischen Seite eine Störung besteht, dass dieselbe nur wegen ungenügend genauer Untersuchungsmethode bisher der Beobachtung entging. Nachdem er an einigen hysterischen Hemianästhetischen sehr genau Hörweite und Faradosensibilität ermittelt, strebte er Besserung der Symptome an und konnte dann nachweisen, dass auch eine Hebung des Hörvermögens und der Sensibilität der gesunden Seite eintrat. Aehnliches erzielte er auch mit Hülfe der Hypnose. Zur Erklärung der Hemianästhesie Hysterischer glaubt er trotzdem die Erkrankung nur 1 Hemisphäre annehmen zu können, da eine Doppelversorgung von beiden Hemisphären für das Auge ziemlich sicher nachgewiesen sei und für die übrigen Sinnesorgane auf Grund gewisser Beobachtungen sehr wahrscheinlich sei. Lehmann (Werneck).

---

443) **Frank S. Madden** (New-York): Tumor of the cortex producing hemiplegia, with loss of tactile, pain and muscular sense.
(The journal of nervous and mental disease 1893, Nr. 2.)

Es handelt sich um ein Melanosarcom der Centralwindungen, welches Jackson'sche Epilepsie, Parese und Hypästhesie der contralateralen Körperhälfte, sowie Verlust des Muskelsinnes (Ataxie) verursacht hatte.
Strauscheid.

---

444) **Chatelain:** Pseudo-urticaire dermographique.
(Revue de l'hypnot.. mars 1892.)

Verf. schlägt obige Bezeichnung für die unter dem Namen urticaria factitia, autographisme, dermographie etc. bekannte Hautaffection vor. In Folge einer geringfügigen Reizung einer Hautstelle tritt nach anfänglicher Röthung im Verlaufe einiger Minuten eine Erhabenheit ein, welche die Dicke eines Federkiels erlangt und an beiden Seiten eine erythematöse Umgebung hat, die ca. 2 cm breit ist. Die Affection besteht $^1/_2$—24 Stunden. Prädilectionsstellen derselben sind die dorsale und sternale Thoraxfläche, selten werden Gesicht und Extremitäten befallen. Die Temperatur der betroffenen Hautstelle ist erhöht. Die pseudo-urticaire dermographique kommt bei völlig Gesunden vor, häufiger bei Hysterischen und Neurasthenischen,

sowie bei an gewöhnlicher Urticaria leidenden Patienten und bei Potatoren.

Eine excidirte Hautstelle wurde nach Härtung microscopisch untersucht. Man fand ein oberflächliches Oedem unter dem subpapillären rete vasculosum. Die exsudirte Flüssigkeit ist arm an Eiweiss.

Lehmann (Werneck).

---

445) **Chr. Ulrich**: Folgen einer Schnittwunde des Oberarms.

(Ugeskr. f. Lægev. 1893, Nr. 25—26, S. 381.)

Eine 65jährige Frau bietet eigenthümliche Veränderungen der linken Oberextremität dar, welche nach einer Schnittwunde (in ihrem 15. Jahr) entstanden sind. In den ersten 2—3 Jahren nach der Läsion fungirte der Arm gut. Aber danach traten Panaritien des 5., 4., 3. und endlich des 2. Fingers auf, welche immer erst die äusserste, dann die mittlere und endlich die innerste Phalanx (diese nur am 4. und 5. Finger) befielen. Gleichzeitig entwickelte sich eine stetig fortschreitende Muskelschwäche und Gefühllosigkeit. Man sieht jetzt eine Narbe in der Mitte des Oberarms, ca. 1 Finger breit, quer verlaufend von dem medialen Rande des Biceps auf der Rückseite des Oberarms bis an den lateralen Rand des Triceps. Bei dem ulnaren Ende ist die Narbe nur mittelst einer sehr dünnen Schicht vom Periost getrennt. Die ganze Extremität unterhalb der Läsionsstelle ist atrophisch, 1—2 cm dünner als die rechte. Keine Pulsation in der Art. brachialis. Der 5. und 4. Finger fehlen beinahe ganz, vom 3. Finger fehlt die äusserste und beinahe die ganze mittlere Phalanx, vom 2. Finger das Ende der äussersten Phalanx. Thenar und Hypothenar sind vollkommen atrophisch. Die Haut ist kühl, cyanotisch an mehreren Stellen. Der Daumen kann nur unbedeutend bewegt werden, die anderen Finger gar nicht. Die Sensibilität der Haut auf dem Antibrachium ist herabgesetzt, ein Theil der ulnaren Seite des Handrückens vollkommen anästhetisch.

Der Verf. macht auf die Aehnlichkeit der hier geschilderten Destructionen mit denen, welche bei der Morvan'schen Krankheit vorkommen, aufmerksam.

Koch (Kopenhagen).

---

446) **D. E. Jacobson**: Ein seltener Fall von congenitalem vorschreitendem Riesen-Wuchs.

(Bibl. f. Lægev. 1893, S. 205.)

Der Verf. hat im Communalhospital zu Kopenhagen Gelegenheit gehabt, ein dreijähriges Mädchen zu untersuchen, welches schon von Geburt ab ausgebreitete Wuchsanomalien darbot. Das Kind war unehelich geboren, die Eltern gesund. In der Pflege, wo es untergebracht war, wurde es etwas vernachlässigt. War im Ganzen klein und mager und litt an mässiger Rachitis. Gewicht bei der Geburt 3250 Gramm, jetzt 8450 Gramm. Die Intelligenz ist etwas herabgesetzt, es kann nicht sprechen, versteht doch alles. Ist etwas scheu und sehr ernsthaft. Kann nicht gehen. Es besteht eine ausgesprochene Hypertrophie der rechten Wange, des rechten Arms und der Hand, namentlich des zweiten Fingers, der linken Brust- und Unterleibshälfte, des rechten labium majus, des linken Beins sammt der beiden Füsse. Am Truncus und den Extremitäten finden sich ausgebreitete Tele-

angiectasien. Der rechte femur ist 2 cm länger als der linke (17 und 15 cm) und 1,5 cm dicker (15,5 und 14 cm). Die Hypertrophie scheint in gleichem Maasse das Bindegewebe, die Muskeln und die Knochen zu betreffen. Nur an den Füssen besteht eine reichliche Entwicklung des Fettgewebes. Die Reflexe und die Sensibilität sind normal.

Koch (Kopenhagen).

---

447) **H. Kopp**: Ueber die Trophoneurosen der Haut im Anschluss an einen Fall von „neurotic excoriations“ nebst Pemphigusblasen auf der Haut einer Hysterischen.

(Inaugur. Dissert. Würzburg 1892.)

Bei einem hysterischen, chlorotischen Mädchen, welches an Menstruationsstörungen litt, traten in der Richtung der Hautnerven scharfbegrenzte strichförmige oder längsovale einige Centimeter lange Erytheme auf. Die Erytheme gingen in braune Pigmentirungen über, welche schnell schwanden, oder es entwickelten sich aus denselben Excoriationen. Diese lieferten ein seröses Secret und überhäuteten sich in kurzer Zeit oder es bildeten sich Borken, unter welchen die Heilung vor sich ging. Eine Narbenbildung war nie zu bemerken. Im Anschluss an die Erytheme wurden Blasen beobachtet, die einen wässerigen oder eitrigen, einmal einen blutigen Inhalt aufwiesen. Ferner entstanden an den Fingern kleine Gruppen linsengrosser Bläschen. Hand in Hand mit diesen Erscheinungen bestanden spontane Schmerzen in den befallenen Körpertheilen und eine Hyperästhesie der Haut. — Die Kranke wurde, um jeden Betrug auszuschliessen, sorgfältig überwacht.

Behr-Riga.

---

448) **Kinnosuke Miura**: Sur trois cas de monoplégie brachiale hystérique.

(Arch. de Neurol. XXV, 75.)

I. R., 37 Jahre alt, Fuhrmann, hereditär belastet, erkrankte ganz plötzlich ohne erkennbare Ursache an einer Lähmung der rechten Hand und Kribbeln in allen Fingern. Wenige Tage zuvor hatte er eine heftige Gemüthsbewegung dadurch gehabt, dass ein Verwandter den Arm gebrochen hatte und daran gestorben war. R. selbst hatte vor ca. 2 Jahren eine rechtsseitige Clavicularfractur sich zugezogen, die erst nach einem chirurgischen Eingriff geheilt war. Drei Wochen nach dem Anfall, bei dem Pat. übrigens bei vollem Bewusstsein geblieben und durchaus nicht schwindelig oder ohnmächtig geworden war, fand sich eine absolut schlaffe Lähmung sämmtlicher Muskeln der Hand und des Vorderarms, des biceps, supra- und infraspinatus, subscapularis und rhomboideus minor; der triceps und brachialis, deltoideus und pectoralis major waren deutlich paretisch. Der Unterarm, Thenar und Hypothenar und das I. spatium interosseum zeigten leichte Abmagerung, ebenso der deltoideus und pectoralis major. Die electrische Erregbarkeit, die Sensibilität und das Muskelgefühl waren überall intact, die Reflexe beiderseits gleich und etwas gesteigert. Geruch und Geschmack waren normal, das Gesichtsfeld des rechten Auges war eingeschränkt, an den Fingern der rechten Hand fand sich oedème bleu. — Faradisation war erfolglos, psychische Behandlung von vorübergehendem Erfolg. — M. hebt als besonders auffällig hervor, dass die Sensibilit des gelähmten Arms völlig intact war.

II. Ch.. 53 Jahre alt, Maler, der einige Jahre vorher Bleikolik gehabt hatte, erkrankte plötzlich in Folge von heftiger Gemüthsbewegung und Ueberanstrengung mit Schwindel und allgemeinem Zittern. Am folgenden Morgen konnte er seinen rechten Arm nicht mehr recht bewegen und in den Fingern hatte er ein Gefühl von Ameisenkribbeln. Man constatirte eine absolute schlaffe Lähmung und Anästhesie des rechten Arms, Verlust des Pharynxreflexes, Anosmia duplex, Dyschromatopsie, Hemispasmus glossolabialis sinister, Gesichtsfeld des linken Auges stark eingeschränkt, Flimmerscotom desselben Auges. Nach mehrmonatlicher Behandlung durch Electricität und psychische Einwirkung Besserung, so dass Pat. wieder arbeitsfähig wurde. Während der Reconvalescenz öfters Anfälle von migraine ophtalmique, nach deren Verschwinden noch lange das Flimmerscotom isolirt zurückblieb.

III. M., 43 Jahre, Arbeiter, bei dem vor ca. 4 Jahren sich die ersten Symptome der multiplen Sclerose (Störungen der Sprache und des Ganges, Zittern in den Händen) eingestellt hatten, erlitt ein Trauma an der linken Schulter, stürzte hierbei zu Boden und verlor das Bewusstsein. Sofort stellte sich eine vollständige motorische und sensible Lähmung des linken Arms ein, bald traten heftige Schmerzen hinzu, die sich auf kein bestimmtes Nervengebiet beschränkten. 4 Monate nach der Verletzung bot sich folgendes Bild: Spastischer Gang, scandirende Sprache, Intentionszittern, Nystagmus, Atrophia nervi optici beiderseits, Blasenstörungen, gesteigerte Patellarreflexe, ferner völlige Unmöglichkeit, den linken Arm im Schultergelenk zu bewegen, während in den übrigen Gelenken der linken oberen Extremität geringe Bewegungen activ möglich waren, Atrophia musc. pectoralis major, supra- und infraspinat. und sämmtlicher Muskeln des Ober- und Unterarms; die Handmuskeln hingegen waren nicht atrophisch. Entartungsreaction zeigte nur der deltoideus, supra- und infraspinatus. Die Reflexe an dem gelähmten Arm waren herabgesetzt, das Muskelgefühl war dort ganz erloschen oder beträchtlich abgestumpft. Es bestand ferner Anästhesie der linken Hälfte des Kopfes, Halses, Rumpfes und des linken Arms mit Ausnahme der Finger. Der Pharynxreflex war erloschen, Geruch und Geschmack intact, das Gesichtsfeld links eingeschränkt. — Unter geeigneter electrischer und mechanischer Behandlung trat nach 3 Monaten beträchtliche Besserung der Bewegungsfähigkeit ein, mit Ausnahme der im Schultergelenk vor sich gehenden Bewegungen. M. erklärt die Lähmung im Schultergelenk, die degenerative Muskelatrophie und die sofort nach dem Unfall aufgetretene Empfindungslähmung durch eine Verletzung des plexus brachialis, fasst aber die bleibende eigenartig begrenzte Anästhesie und die Parese der übrigen Armmuskeln als hysterische Symptome auf; die übrigen krankhaften Erscheinungen führt er auf die multiple Sclerose zurück.

Mit einer kurzen Uebersicht über 28 gleichartige oder ähnliche aus der Litteratur gesammelte Fälle schliesst M. seine casuistische Mittheilung.

Falkenberg-Lichtenberg.

---

449) **Popoff**: Un cas singulier de l'hystérie male.
(Arch. de Neurol. XXV, 75.)

P. giebt die Krankengeschichte eines 21jährigen Landmanns, der die typischen Symptome der Hysterie darbot, bei dem aber ein eigenthümliches,

anfallsweise auftretendes Zittern im Vordergrund des klinischen Bildes stand. Ganz plötzlich ergriff ein rhytmischer, sehr schneller Tremor die unteren Extremitäten und hielt alsdann — mit kurzen Unterbrechungen während des Schlafes — bis zwei Wochen an, um dann plötzlich wieder zu verschwinden. Jede psychische Erregung oder der Versuch des Kranken, eine willkürliche Bewegung auszuführen, steigerte die Heftigkeit des Zitterns. Derartige Anfälle bestanden seit der Kindheit und traten meist periodisch in Zwischenräumen von 4 Wochen auf, ohne dass eine Ursache dafür sich finden liesse; oft schlossen sie sich auch direct an einen Schreck oder dergl. an. Während dieser Anfälle bestand völlige Anästhesie der unteren Extremitäten, die später zu verschwinden pflegte, während die sonstigen hysterischen Symptome (Gesichtsfeldeinschränkung etc.) auch in der anfallsfreien Zeit bestehen blieben. Falkenberg-Lichtenberg.

---

450) **P. K. Piel** (Amsterdam): Ein merkwürdiger Fall einer traumatischen hysterischen Neurose.

(Berl. klin. Wochenschr. 1893, Nr. 24.)

Ein 27jähriger, hereditär nicht belasteter Zimmermann stürzte Februar 1891 von einem Gerüst 2 Stockwerk herunter. Bewusstlos nach Hause gebracht erwachte er nach 4 Stunden mit heftigem Kopfschmerz im linken Hinterkopf; daneben bestand Schläfrigkeit und Schwindel. Nach 3 Tagen zeigte sich Schwäche der rechten Körperhälfte, Gehen und Stehen war nur mit den grössten Anstrengungen und sehr mangelhaft möglich. Nach 3 Wochen erfolgte einige Besserung, doch blieb Kopfschmerz, Schwindel und Mattigkeit bestehen und liess jeden Versuch zur Wiederaufnahme der Arbeit scheitern. Allmählig Verschlimmerung des Zustandes, Abschwächung des Sehvermögens, schliesslich völlige Astasie und Abasie.

Bei seiner Aufnahme in die Klinik (6./I. 92) bestand auffällige Schläfrigkeit, Schwindel, Kopfschmerz im linken Hinterkopf, welcher bei Beklopfen schmerzhaft war, Parese der rechten Körperhälfte und des rechten Facialis, Steigerung der Sehnenreflexe, Astasie und Abasie trotz ungestörter Motilität (in der Rückenlage) und Sensibilität. Bei Stehversuchen begannen schüttelnde Bewegungen der Beine, die Kniee knickten sich kreuzend nach vorn, der Kopf wurde hochroth und bedeckte sich mit kaltem Schweiss, der Puls stieg auf 140.

Die anfängliche Möglichkeitsdiagnose eines organischen Cerebellärleidens liess sich durch den Verlauf ausschliessen. Nach Exstirpation eines Larynxpolypen, auf welchen die seit einigen Wochen bestehende Heiserkeit geschoben wurde, trat völlige Aphonie, später (März 92) rechtsseitige Hemianästhesie, Hemianalgesie, Hemianosmie, Hemiamblyopie und Verlust des Geschmackssinnes auf beiden Seiten, schliesslich völliger Mutismus ein, während die übrigen Symptome unverändert bestehen bleiben. Die Diagnose einer „Hysterie traumatique“ war also klargestellt.

Alle Behandlungsmethoden (Suggestion, Hypnose, Hydrotherapie, Electricität, Uebungen) waren erfolglos. Eine doppelseitige catarrhalische Pneumonie, welche anfangs gutartig schien, erlöste ihn dann binnen wenigen Tagen von seinen Leiden. Die Obduction ergab ausser Hydrocephalus nichts Abnormes im Gehirn.

P. macht zum Schluss darauf aufmerksam, dass bei disponirten Personen auch nach Operationen oder nach Anwendung localer Behandlungsmethoden auf reizbare Organe (Sexualapparat) hartnäckige nervöse Störungen folgen können, welche der Gruppe der traumatischen Neurosen zuzurechnen sind. Hoppe.

---

451) **Jul. Donath** (Budapest): Ein Fall von diphterischer Hemiplegie.
(Neurol. Centralbl. 1893, Nr. 14.)

Der ausserordentlich seltene Fall von Hirnhämorrhagie nach Diphterie ereignete sich bei einem 8jährigen Knaben, welcher am dritten Tage der Reconvalescenz während des Schlafes eine vollständige rechtsseitige Hemiplegie mit starker Facialisbetheiligung und mit motorischer Aphasie erlitt. Die Facialislähmung begann nach 3 Tagen, die Aphasie, welche 14 Tage vollständig war, begann sich erst nach 4 Wochen erheblich zu bessern; in der ersten Zeit konnte der Knabe nur hauchend sprechen (Stimmbandlähmung?). — Nach 5 Monaten war die Facialislähmung zwar fast völlig zurückgegangen, auch die Extremitäten waren leistungsfähiger geworden, doch waren sie noch paretisch und der Arm zeigte mässige Beugecontractur. Hoppe.

---

452) **Francis Hawkins:** Hemiplegia in the course of typhoid fewer. (Clinical society of London, 9. Dec. 1892.)
(The Brit. med. Journ., 17. Dec. 92.)

H. hat 16 Fälle von Hemiplegie nach Abdominaltyphus in der Litteratur gesammelt, die zwischen 2 und 30 Jahren stehen und der Mehrzahl nach Männer betreffen. Der frühste Beginn der Hemiplegie fiel in die 2. Woche; meistens trat sie in der 3. und 4. Woche oder während der Reconvalescenz auf. In einem Fall entstand die Hemiplegie erst nach 8 Monaten. Die meisten Fälle gingen in völlige Genesung über; in einigen blieb die Lähmung bestehen und in einigen trat der Tod ein. Am häufigsten war die rechte Seite befallen; die linke Seite nur in wenig Fällen. Meistens ging Aphasie nebenher. Bezüglich der Aetiologie nehme man eine Herzaffection ohne Klappenfehler an, die zur Thrombenbildung im linken Herzohr führen, von wo aus Embolie der Hirnarterie zu Stande komme (?). H. führt auch Beispiele von anderen Hemiplegieen ohne Herzklappenfehler in Folge von Diphtherie und Noma vulvae an.

[Hale White macht in der Debatte darauf aufmerksam, dass das Blut in den letzten Perioden des Typhus grosse Neigung zur Gerinnung zeige. Er habe öfters in den Venen der Beine bei Typhoid im Nachstadium Blutgerinnung gesehen.] Wichmann.

---

453) **Gustav Eberling:** Influenza-Psychosen.
(Berliner Inauguraldissersation 1892.)

E. theilt 5 Fälle von Influenza Psychosen mit, welche in der Jollyschen Klinik beobachtet worden sind. In allen 5 Fällen handelt es sich um Frauen im Alter von 19, 22, 39, 56 und 79 Jahren. Der letztere Fall (Dementia senilis) kann eigentlich nicht als Influenzapsychose aufgefasst werden, da die Greisin schon 6 Jahre vor der Influenza schwachsinnig geworden

war, während allerdings die Influenza eine Exacerbation in Form einer mässigen Erregung hervorrief. Wenn E 2 Fälle als Paranoia bezeichnet, kann Ref. diese Diagnose nicht als richtig anerkennen; es sind der Beschreibung nach Fälle von acuter hallucinatorischer Verwirrtheit (Wechsel zwischen Erregungs- und Depressionszuständen) mit durchaus nicht ungünstiger Prognose; auch in den beiden übrigen Fällen scheint es sich um hallucinatorische Verwirrtheit zu handeln, welche in einem Falle mit hysterischen Erscheinungen verbunden auftrat. Hoppe.

---

454) **M. Hirschfeld**: Ueber Erkrankungen des Nervensystems in Folge der Influenza.

(Berlin. Dissertation 1892.)

Gute Uebersicht über die nervösen Affectionen im Gefolge der Influenza mit Mittheilung von 18 Fällen aus der Mendel'schen Poliklinik. In 13 Fällen handelt es sich um einfache Neuralgien, welche als Nachkrankheiten bei Leuten jeden Alters und Geschlechtes auftraten (bei mehreren liess sich hereditäre Belastung und nervöse Disposition nachweisen); es wurden beobachtet: Neuralgia supramaxillaris dextra, N. ophthalmica, N. n. supraorbitalis dextra, N. n. supraorbitalis, N. cervico-occipitalis, N. cervico-brachialis dextra, zweimal N. ischiadica, einmal N. ischiadica dextra, dreimal nervöse Cephalalgie und einmal Hemicrania sympathico-spastica. Die letzten 5 Fälle sind functionelle Neurosen und zwar Lumbago, Vertigo gastrica, Tremor (vorzugsweise des Kopfes), Tremor universalis (auf alcoholischer Basis durch die Influenza hervorgerufen) und Chorea minor.

Hoppe.

---

455) **M. Baquis**: Della ottalmoplegia subacuta soporosa.

(Anno XXI. — Fasc. 4, 5. Annali di ottalmologia.)

Im Gefolge der Influenza wurde eine 68jährige Dame nach vorübergehender Heilung von schweren nervösen Symptomen befallen; sie zeigt eine Aenderung ihres Characters, langsamen, schwankenden Gang, sprach nur auf gestellte Fragen. Dieser Zustand dauerte 2 Monate; da trat nach Verabreichung eines Abführmittels Röthe des Körpers, Bewusstlosigkeit, Schwäche in den Beinen, Verlust des Gedächtnisses, tiefe Somnolenz und Indolenz, Mangel jeglicher Initiative ein. 3 Monate später Doppelsehen (Parese des m. rectus internus des linken Auges); einige Tage darauf Ptosis; die Lähmung des linken m. internus wurde complet, auch trat eine solche des m. rectus superior inferior und externus auf. — Ptosis bilateralis. — Auf energischen Innervationsimpuls erfolgte eine geringe Hebung der Lider. — Myosis. — Die Somnolenz wird stärker; 90 Pulsschläge in der Minute, normale Temperatur, Körperblässe, vollständige Erschlaffung der Muskeln, die Untersuchung des Urins giebt negatives Resultat; unfreiwilliger Abgang von Urin und Koth. 3 Tage später frequente und oberflächliche Respiration; 140 Pulsschläge, Temperatur 41,4°, Tod.

In Folge des langsamen Verlaufes ist die Annahme einer Embolie ausgeschlossen. Das fortschreitende Auftreten der Symptome lässt eine Hämorrhagie ausschliessen. Es ist wahrscheinlich, dass eine chronische, von der Infection abhängige Entzündung vorhanden war.

Sitz der Läsion: Eine Störung im Stamme des 3. Nervenpaares würde zur vollständigen Lähmung geführt haben; ausserdem waren Trigeminus und Opticus betheiligt.

Das Fehlen einer Paraplegie lässt eine fasciculdere Läsion ausschliessen, ebenso spricht die Doppelseitigkeit gegen eine corticale Affection, auch das verhältnissmässige Freibleiben der psycho-motorischen Zone spricht gegen letztere Annahme. Verf. ist für die Annahme einer Kernläsion der Augenmuskeln, auf deren Zusammentreffen mit einem schläfrigen benommenen Wesen Mauthner hingewiesen hat.

Die Autopsie konnte nicht vorgenommen werden.

Bach.

---

456) **M. Dowling**: Influence du tabac sur la vue.

Verf. zieht aus seinen Untersuchungen an Arbeitern und Arbeiterinnen von Tabaksfabriken folgende Schlüsse: Der Tabak für sich allein kann zu den Störungen der toxischen Amblyopie, besonders zu dem centralen Farbenscotom führen. Die blosse Beschäftigung in der Tabakfabrik genügt nicht, um die Augenstörungen herbeizuführen, es muss dazu kommen der Gebrauch des Tabaks beim Rauchen oder Schnupfen. Es werden daher fast ausnahmslos Männer befallen. Einmal jedoch constatirte Verf. ein centrales Scotom bei einer Arbeiterin, die 5 Jahre in der Fabrik beschäftigt war, ohne sonst irgend einen Gebrauch von Tabak gemacht zu haben.

Bach.

---

457) **Kornfeld** und **Bikeles**: Ein Fall von Chloroformismus.
(Wien. klin. W. 1893, 64.)

Ein 18jähriges Mädchen zeigt nach Jahre lang anhaltendem, habituellem Einathmen von Chloroform folgende Erscheinungen: Kopfschmerzen, depressive Gemüthsstimmung, Mattigkeit, universeller Tremor, besonders der Hände, Myosis und Pupillenstarre. Nach Weglassen des Chloroforms schwanden diese Erscheinungen schnell.

Lehmann (Werneck).

---

448) **O. Wyss** (Zürich): Zur Therapie des Hydrocephalus.
(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1893, 15. April.)

Bei einem Kinde von $7^1/_2$ Monaten war nach dem Auftreten einer acuten Gehirnerkrankung eine völlige Erblindung, sowie starker Hydrocephalus (Kopfumfang 47 cm) zurückgeblieben. Desshalb unternahm W. eine Punction der Seitenventrikel durch die grosse Fontanelle, welche später viermal wiederholt wurde. Hierdurch erlangte das Kind sein Sehvermögen vollständig wieder und entwickelte sich geistig wie körperlich leidlich, wenn auch langsam. Später wurde noch zweimal eine Punction an der Lendenwirbelsäule vorgenommen. Von besonderem Interesse ist der Nachweis, dass die Aufhebung des hydrocephalischen Druckes auf den Opticus genügt, um denselben wieder functionsfähig zu machen.

Strauscheid.

---

459) **Poncet:** Thyroïdo-éréthisme chirurgical pour myxoedème et perversion mentale. Soc. nat. de méd. de Lyon.
(Lyon médical 1893, Nr. 18 u. 26.)

14jähriges Mädchen mit Myxoedem (an den Händen, dem Vorderarm, den Unterextremitäten und dem Gesicht) und psychischen Störungen (Trieb zum Stehlen und Vagabundiren, vorzeitige sexuelle Triebe, Masturbation), die sich gleichzeitig mit jenem einstellten. Vor 5 Wochen Operation, die darin bestand, dass die am Volumen nur mässig verkleinerte Schilddrüse freigelegt, mittelst der Finger hoch genommen und mit Jodoform bestreut wurde. P. bezeichnet dieses Verfahren als Thyroïdo-Erethismus, weil durch dasselbe die Drüse gereizt würde. — Wenige Tage darauf begann das Myxödem zu verschwinden und die psychischen Störungen sich in auffälliger Weise zu bessern. Jetzt, nach 5 Wochen, erscheint das Kind vollständig umgewandelt. Die myxödematöse Schwellung hat deutlich nachgelassen; das Kind ist intelligent, gelehrig, gehorsam, eifrig in allen möglichen Arbeiten und ehrlich geworden. Buschan.

---

460) **Heinrich Koppers:** Beitrag zur Wirkung des Trionals.
(Inaug. Diss. Würzburg 1893.)

Trional ist ein brauchbares Hypnoticum, das sich besonders bei Aufregungszuständen der Geisteskranken bewährt. 1,0—2,0 g. genügen zur schnellen und sicheren Wirkung; bei stärkerer Dosis traten Eingenommenheit des Kopfes, Müdigkeit und Schläfrigkeit in stärkerem Grade ein; bei Herzkranken, zumal mit Compensationsstörungen kann Trional unangenehme und nicht ganz unbedenkliche Störungen der Herzthätigkeit hervorrufen, ist daher bei solchen Kranken mit Vorsicht anzuwenden. Störungen seitens der Verdauungsorgane kommen höchst selten, solche von Seiten der Athmungsorgane gar nicht vor. — Ausserdem ist Trional ein ziemlich sicheres Anhidroticum in Einzeldosen von 0,25—0,5 g. Buschan.

---

461) **Roberto Massalongo** (Verona): Ueber die Injectionen des Brown-Séquard'schen Testikelsaftes und der Constantin Paul'schen Nervensubstanz.
(Intern. klin. Rundschau 1893, Nr. 12 u. 14.)

Aus seinen zahlreichen Versuchen kommt M. zu folgenden Schlussfolgerungen: Die subcutane Injection von Hodenflüssigkeit junger und gesunder Thiere hat keinen und nicht den geringsten Einfluss auf den menschlichen Organismus. Die unbedeutenden und transitorischen Modificationen der Circulation, der Athmung, der Temperatur und der Muskelkraft können leicht durch die einfache psychische Erregung und Spannung des Individuums, welches diesen Injectionen unterworfen wird, erklärt werden. Bei den verschiedenen organischen Krankheitszuständen, bei welchen die Brown-Séquard'sche Injectionsmethode angewendet wurde, waren die Resultate negativ und die etwaigen transitorischen Besserungen auf die Suggestion zurückzuführen; dieser letzteren allein muss man die Heilung einiger Fälle von functionellen Nervenkrankheiten, wie Hysterie, Neurasthenie etc. zuschreiben. In diesem Sinne können die Injectionen mit Vortheil angewendet werden.
Buschan.

---

462) **Thiriar**: Traitement de l'épilepsie par la trépanation. Fall, vorgestellt in der Société belge de chirurgie.

(Le Bulletin médical 1893, Nr. 48. 18 Juni.)

Bahnbeamter, vor 10 Jahren Fall auf Wirbelsäule, 19 Tage darnach bewusstlos, von dann an cerebrospinale Erscheinungen. Während 2jähriger Behandlung im Krankenhaus stellten sich wohl characterisirte epileptische Anfälle und unvollständige Paralyse ein, die aller Therapie Trotz leisteten. — Am 24. December v. J. Operation; am Tage vorher noch 17 Anfälle. Fast vollständige Paralyse und stark herabgesetzte Sensibilität der linken Unterextremität; die rechte normal. Gehör intact; rechts die Sehkraft vollständig geschwunden. Nach den Anfällen pflegten sich Hallucinationen einzustellen.

Trepanation auf der Höhe der Mitte des Sulc. Rolandi. Nichts Pathologisches gefunden; Dura und Gehirn normal. Seit dieser Operation kein Anfall mehr eingetreten; die vorher gesunkene Intelligenz kehrte vollständig zurück. Am andern Morgen Sehkraft wieder vollständig normal. Paralyse und Anästhesie der linken Unterextremität beginnen zurückzugehen. Ein Monat später war der Kranke vollständig frei von allen cerebro-spinalen Symptomen. Nach 4 Monaten noch bleibender Erfolg.

Buschan.

---

463) **A. Köhler**: Schädeltrepanation wegen Jackson'scher Epilepsie und wegen Zertrümmerung des Schädels. (Mittheilungen in der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins.)

(Berl. kl. Wochenschr. 1893, Nr. 11.)

Die Krampfanfälle sind bei dem im Jahre 1888 operirten Manne nicht wiedergekehrt; die Beschränkung in den feineren Bewegungen der Hand besteht aber fort.

Der zweite Fall betrifft ein 8jähriges Mädchen, welches October 1890 mit mehreren schweren durch Beilhiebe entstandenen offenen Schädelbrüchen in die Klinik kam und nach 3tägiger Bewusstlosigkeit vollständige Lähmung der rechten Gesichts- und Körperhälfte und Aphasie zeigte. Nach 4 Wochen erholte sich der Facialis, dann allmählig Arm und Bein; zuletzt verlor sich die motorische Aphasie. Auch die Schrift, welche zuerst mühsam und zitternd war, ist viel besser geworden; es besteht jetzt nur noch etwas zögernde und langsame Sprache.

Hoppe.

---

464) **A. Christiani** (Lucca): Delirio negazione, casi clinici e considerazioni.

(Nuova rivista di psichiatria, anno I, Nr. 8—10.)

Verf. zeigt an der Hand von 4 Beispielen, dass ein Negationsdelir im Sinne Cotard's, über welches auf der vorjährigen französischen irrenärztlichen Versammlung sehr differente Ansichten laut geworden sind, in Wirklichkeit vorkommt. Es schliesst sich an eine Melancholia agitata an. Die Kranken negiren die Existenz ihrer Eingeweide, ihrer Glieder, ihrer Person, ihrer ganzen Umgebung, schliesslich der ganzen Welt; sie halten sich für Teufel, Verdammte etc. Das Delir entwickelt sich nicht selten im Anschlusse an eine hypochondrische Interpretation wirklicher Krankheiten (z. B. Uterusprolaps: Krebs, Verfaulen der inneren Organe, Ver-

schwinden derselben etc.). Das Negationsdelir stellt keine neue Krankheit dar, sondern gehört zu den paranoischen, systematischen Delirien. Die Kranken sind erblich schwer belastet und zeigen meist körperliche Degenerationszeichen. Die Prognose der Krankheit ist eine ernste. Von 5 Pat. des Verf. ist eine an Inanition gestorben, eine ist seit 7 Jahren krank, aber noch keineswegs dement, 2 sind nach 15- resp. 32monatlicher Krankheitsdauer geheilt, eine ist erst 11 Monate krank; im letzten Falle schloss sich das Negationsdelir an einen Anfall von periodischer Melancholie; alle früheren Anfälle hatten nie mehr wie 4 Monate gedauert. In allen 5 Fällen des Verf. handelte es sich um Frauen im Alter von über 50 Jahren.

Strauscheid.

---

465) **Christ. Geill**: Die Lehre von der Psychopathia sexualis und ihre medicoforensische Bedeutung.

(Ugeskr. f. Lægen. 1893, S. 403, 426, 450, 471.)

Nachdem der Verf. eine recht ausführliche Uebersicht über die verschiedenen von den neueren Autoren geschilderten Formen der erwähnten Krankheit gegeben hat, betont er zum Schlusse die Nothwendigkeit, vom Standpunkte des Gerichtsarztes hier wie überall das ganze Gewicht auf die Entscheidung der Frage, ob Geisteskrankheit vorliegt oder nicht, zu legen. Von einer partiellen Zurechnungsfähigkeit darf von Seiten des Arztes gar nicht die Rede sein. Die sexuelle Abnormität für sich kann nicht dazu berechtigen, das betreffende Individuum als geisteskrank und desshalb als unzurechnungsfähig anzusehen.

Koch (Kopenhagen).

---

466) **A. Richter**: Motivirtes Gutachten über den Geisteszustand des Schreibers C. Fr. A. Krüger.

(Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 49, H. 3, 1892.)

Ein originär Verrückter, der verschiedene schwere Verbrechen begangen hatte (Mordanschlag auf einen Droguisten, Brandstiftung in der Strafanstalt Kassel u. a. m.), war zu wiederholten Malen geprüft und begutachtet worden. Die einen erklärten ihn für einen Geistesgesunden resp. für einen Simulanten, während anderseits sein auffälliges Benehmen immer wieder zu einer erneuten Untersuchung seines Geisteszustandes aufforderte. Das motivirte Gutachten erklärt den Angeklagten auf Grund einer genauen Beobachtung seines seelischen Zustandes für geisteskrank (originär verrückt) und beweist, dass er unter dem Einflusse von Wahnvorstellungen und geneigt zu krankhaften Affecten nicht im Stande war, die Folgen seiner Handlungen zu überlegen.

Behr-Riga.

---

467) **Francotte**: Nevroses convulsives et affaiblissement intellectuell.

(Bullet. de la soc. de med. ment. en Belgique, 1892, 67.)

3 Fälle von chron. Chorea, in den bald nach Auftreten dieser motorischen Störung eine Abnahme der intellectuellen Fähigkeiten, die bis zu completer Demenz vorschritt, zu beobachten war. Verf. hält einen ursäch-

lichen Zusammenhang zwischen motorischen Störungen convulsiver Art und Abnahme der Intelligenz für sehr wahrscheinlich. Das Bindeglied hierfür ist nach ihm die Aufmerksamkeit. Diese ist die Bedingung für die Entstehung der Intelligenz und für die Erhaltung ihrer Integrität. Eine wirkliche Aufmerksamkeit ist aber bei der motorischen Agitation der Chorea gerade so unmöglich, wie bekanntlich bei angestrengten Bewegungen, mithin sind die Bedingungen für die Erhaltung der Intelligenz nicht erfüllt.

Lehmann (Werneck).

---

468) **Näcke**: Untersuchung von 16 Frauenschädeln, darunter solchen von 12 Verbrecherinnen (incl. einer Selbstmörderin.)

(Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XXV. 1. VIII.)

Der Verf., welcher schon in einer andern Schrift („Die anthropologisch-biologischen Beziehungen zum Verbrechen und Wahnsinn beim Weibe“ Allg. Zeitschr. f. Psych.) sich gegen die Lombroso'sche Theorie vom tipo criminale gewendet hatte, sucht seine an Lebenden gewonnenen Ergebnisse in dieser Studie auch an Schädeln zu erhärten. Allerdings handelt es sich um ein kleines und betreffs Alter und Leben dunkles und verschiedenartiges Material; anzunehmen ist, dass alle Schädel aus Sachsen stammen. Wegen der Altersverschiedenheit, verschiedener Defecte, Atrophien fehlen die Gewichte, sowie einzelne Maasse. Angegeben finden wir die Längen-, Breiten-, Längenhöhen-, Jochbreiten-, Gesichts-, Nasen-, Augenhöhlen-Indices, Schädelcapacität, Kinnhöhe, Jochbreite; ferner Bericht über Anomalien an den einzelnen Knochen für sich oder in ihrer Lagerung: Asymetrie, stark gewölbtes Occiput, starke Jochbogen, Prognathie, fliehende Stirn, verdickte Schädelkapsel, männlichen Typus, Arcus supercilares, mittlere Hinterhauptsgruppe und Nahtabnormitäten etc.

Verf. erklärt von den 16 Schädeln 9 für so abnorm, dass ihre Gestaltung auch auf ein abnormes Hirnleben schliessen lässt. An allen Schädeln sind zwar Abnormitäten in einer grossen Zahl, wohl mit Sicherheit aber in einer Weise zerstreut, dass eine besondere von den Anomalien des Irren- und Normalschädels abweichende Richtung, ein Verbrechertypus daraus nicht construirt werden kann. Gerade solche, die Lombroso vorzüglich dem Verbrecherschädel indicirt, sind nur in geringer Zahl oder gar nicht vorhanden (Arcus superciliares in 25%, mittlere Hinterhauptsgrube in 0%, männlicher Typus vielleicht in 20%). Mit Wiedersheim und Ranke removirt Verfasser den atavistischen Hauptgedanken bei Deutung der Abnormitäten und will sie eher durch die Einwirkung socialer Schädlichkeiten, wie z. B. aus Entbehrungen und Excessen entsprungener Ernährungsstörungen schon von der Keimnng menschlichen Lebens an erklären, die den Körper und das Gehirn im gleichen Ansturm „invalidisiren“.

Eine Tabelle giebt Namen, Delict und Maasse an; eine zweite beschreibt neben den betreffenden Namen die wichtigsten Knochen, Nähte, den Schädel als Ganzes und die Zähne.

Scheiber-Würzburg.

---

469) **P. Näcke** (Hubertusburg): Der Gaumenwulst (Torus palatinus), ein neues Degenerationszeichen. — Vorläufige Mittheilung.
(Neurol. Centralblatt 1893, Nr. 12.)

N. hat umfassende Untersuchungen an einem grossen Material geistesgesunder und geisteskranker Männer und Frauen (270 Männer, 1179 Frauen — unter den letzteren 906 Geisteskranke) über Vorkommen und Beschaffenheit des Gaumenwulstes angestellt. Derselbe fand sich bei fast 22% der Untersuchten, war bei Frauen im Allgemeinen häufiger als bei Männern und nahm in der Häufigkeit von den Geistesgesunden zu den Geisteskranken und Criminellen hin zu. Dieses Verhalten lässt es nach N. gerechtfertigt erscheinen, den Gaumenwulst in die Reihe der Degenerationszeichen aufzunehmen. Der schmale Wulst war fast überall etwas häufiger als der breite und relativ seltener bei Männern als bei Frauen. Auffallend war das vorwiegende Vorkommen des Gaumenwulstes bei breitem mongoloidem Gesicht und breitem Gaumen. Hoppe.

---

470) **Judson B. Andrews** (Buffalo, N. Y.): „The alienist and the general practitioner.“ (Irrenarzt und practischer Arzt.
The Medic. Record, 7. Januar 93.)

Verf. verlangt aus Gründen, die auch von uns schon lange als stichhaltige anerkannt sind, ein Gesetz, nach welchem sich auch in den Vereinigten Staaten Nordamerikas jeder Medicin studirende des theoretischen und klinischen Studiums der Geisteskrankheiten befleissigen müsse.
Voigt (Oeynhausen).

III. Bibliographie.

471) **G. Buschan**: Die Behandlung der chronischen Rückenmarkskrankheiten.
(Neuwied. Heuser's Verlag. Preis Mk. 1.—)

Verfasser bespricht in dieser Schrift die Therapie der chronischen Rückenmarkskrankheiten und fasst dabei besonders die chronische Myelitis, Sclerose, progressive Muskelatrophie, spinale Kinderlähmung und Tabes als practisch wichtigste in's Auge. Vornehmlich will er dem practischen Arzt, der mit diesen Krankheitsfällen gewöhnlich nichts weiter anzufangen weiss, als sie in Bäder zu schicken, einen Leitfaden geben, nach welchem er sein ärztliches Handeln entsprechend den jetzigen wissenschaftlichen Anschauungen richten kann, denn er sagt, und nicht mit Unrecht, was der Badearzt erreicht, können wir zu Hause ebenso gut erreichen. „Nicht die Therme ist es, die zu diesem Erfolg verholfen hat, sondern die daselbst in Anwendung gebrachte Combination der verschiedenen Heilfactoren, als da sind Electricität, Wasser, Massage, Ernährung u. a. m. Dies beweist schon der Umstand, dass chronische Rückenmarksleidende in gleicher Weise Besserung erfahren, ob sie sich in einer Therme oder in einer simplen Wasserheilanstalt der Kur unterziehen.“ Buschan stellt die Behandlung mit Electricität und die Hydrotherapie in erste und gleiche Linie. Bezüglich der Electro-

therapie ist auch B. Anhänger der schwachen Ströme und schliesst sich somit Müller und Sperling an. Die Hyrotherapie wird ausführlich besprochen. B. wendet sich gegen zu warme und zu kalte Bäder und erwähnt die schädlichen Wirkungen der indifferenten Thermen. Von den eigentlichen Arzneimitteln kommen Chinin, Phosphor, Arsen., Argent. nitric., Ergotin, und Strychnin in Betracht. Handelt es sich nur um symptomatische, besonders schmerzlindernde Behandlung, so sind die Narcotica nicht zu entbehren. Quecksilber wirkt nur gegen syphilitische Infiltration oder Neubildungen auf den cerebrospinalen Häuten und peripheren Nerven, nicht aber gegen syphilitische Erkrankung der Nervensubstanz selbst. Ueber die Behandlung mit Injectionen von thierischem Gewebssaft nach Brown-Séquard u. a. muss die Zukunft entscheiden. Nervendehnung und Suspension wirken oft schädlich und sind meist verlassen. Aehnlich dürfte es der Methode Bonuzzi gehen. Vielleicht empfiehlt es sich, die permanente Dehnung nach Hessing's Methode zu versuchen. Zum Schluss folgen noch einige Worte über Gymnastik und Massage und über diätetische Behandlung. Die Schrift fasst somit auf 33 Seiten alles zusammen, was in Betracht kommt und entspricht ihrem Zweck vollkommen. Wichmann.

---

472) **Ewald Hecker:** Hypnose und Suggestion im Dienste der Heilkunde. (Wiesbaden. J. F. Bergmann. 1893.)

Der Verfasser bespricht im obigen Vortrage an der Hand eigener Erfahrungen die Leistungen der Suggestivtherapie bei verschiedenen Krankheiten (schmerzhaften Affectionen, Krampfzuständen, Störungen der Darmthätigkeit, Zwangsvorstellungen etc.) und empfiehlt das Verfahren als symptomatisches Mittel in nachdrücklichster Weise. Nach seiner Ueberzeugung ist die Hypnose bei richtiger und vorsichtiger Anwendung seitens eines damit vertrauten gewissenhaften Arztes ein absolut gefahrloses Mittel, viel gefahrloser als hundert andere ärztliche Eingriffe und Verordnungen. Wir können nur wünschen, dass das Schriftchen einen ausgedehnten Leserkreis finden und hierdurch zur Beseitigung der gegen die Suggestionstherapie noch bestehenden Vorurtheile beitragen möge. L. Löwenfeld.

---

473) Dr. **Ch. Féré**, médecin de Bicêtre: La pathologie des émotions. (Paris, Felix Alcan, 1892.)

Le sujet que traite l'auteur est excessivement vaste. Pour faire un travail d'ensemble et essayer d'établir la solution de la pathologie des émotions, il a épuisé, sans doute aucun, les principaux travaux qui pouvaient y contribuer.

Si les conditions physiologiques des états de conscience d'origine centrale ou cérébrale et celle des états de conscience d'origine périphérique, internes ou externes, dit l'auteur, sont identiques aussi bien à l'état normal qu'à l'état pathologique, les agents physiqnes qui sont capables de modifier un état de conscience d'origine périphérique, sont aussi capables de modifier les états de conscience d'origine centrale. Les signes extérieurs de ces divers états de conscience peuvent être étudiés par les mêmes procédés; la psycho-

logie n'est que la physiologie spécialisée, la médecine mentale n'est qu'une spécialisation de la médecine générale à laquelle elle doit emprunter ses procédés d'étude et ses procédés d'action, tous purement physiques (!).

Telle est la base de ce travail. L'auteur même assimile les passions aux émotions. Il n'admet pas les sensations indifférentes, les sensations ne pouvant exister dans la conscience qu'avec une certaine attention. Il accepte donc une limite au discernement de l'agréable et du désagréable. Il en serait de même pour les émotions qui, au point de vue physiologique, sont accompagnées d'une augmentation ou d'une diminution d'activité. Celles accompagnées d'une augmentation d'activité peuvent se présenter secondairement à la suite d'une diminution d'activité. Aussi l'auteur a-t-il essayé de déterminer les conditions physiologiques des émotions et de démontrer que ces conditions sont identiques aux réactions somatiques résultant de l'action des agents physiques auxquels l'homme est soumis. Les émotions sont donc des états somatiques accompagnés d'états de conscience et que l'on peut voir se développer en conséquence d'excitations physiques ou extérieures.

La simulitude de conditions physiologiques conduit le Dr. Féré, d'abord à établir la nature physique des phénomènes normaux et pathologiques de l'esprit, ensuite à proposer des mesures prophylactiques, hygiénique et thérapeutiques d'après des règles rationelles et conformément aux données de la physiologie expérimentale. L'auteur a eu recours aux faits de la physiologie humaine; il n'a recours à la physiologie comparée que lorsque les observations faites sur l'homme font défaut auquelles sont insuffisantes. Il a su enrégistrer à cette occasion tous les faits que l'hypnotisme a su révéler et les nombreuses constatations des études sur les localisations cerébrales. Il arrive nécessairement à cette conclusion que les conditions somatiques des phénomènes psychiques, leurs variations individuelles, normales ou pathologiques, les différents modes d'expression de la douleur ne sont pas encore connus d'une manière précise.

Il étudie successivement les effets physiologiques et pathologiques des agents physiques sur l'homme, l'activité physique et les conditions physiologiques de l'attention, les conditions physiologiqes, les effets pathologiques et les effets curatifs des émotions, l'influence des états d'excitation et dépuisement sur l'activité psychique, les signes physiques et l'état affectif dans les psychopathies, les hallucinations, l'émotivité morbide et les organes des émotions, l'influence de la constitution physique et mentale sur la localisation des troubles psychiques d'origine émotionnelle et sur la forme spéciale des troubles physiques, le diagnostique de l'émotivité morbide et les conséquences individuelles et sociales de cette dernière et tout ce qui a rapport au traitement prophylactique et curatif.

Comme on le voit, la quantité de matière qui se trouve traitée dans ce travail est énorme. Nous y ajouterons que l'ouvrage mérite une analyse plus étendue et même critique; mais alors on dépasserait de beaucoup les limites assignées ordinairement à un article bibliographique. Nous terminerons en déclarant que l'auteur s'il a voulu rendre un service à la psychologie morbide, a rendu également un service à d'autres savants (philosophes, juris consulter, pédagogues) qui s'intéressent à la question de l'influence des émotions. ——— Jules Morel.

474) **W. Weygandt**: Entstehung der Träume, einepsychologische Untersuchung. (Leipzig 1893. Grübel u. Sommerlatte.)

Die Anschauung von Wundt, die meisten Traumvorstellungen seien Illusionen, die durch leise Sinneseindrücke hervorgerufen würden, welche im Schlafe nie ganz verschwinden, hat der Verf. sowohl durch Beobachtung als auch durch Versuche begründet und erweitert. Die frischen Traumvorstellungen wurden unmittelbar nach dem Erwachen geprüft, wie weit sie sich auf zufällig vorhandene Sinnesempfindungen zurückführen liessen, wobei das Erwachen entweder abgewartet oder durch Weckvorrichtungen oder durch bestimmte Personen künstlich herbeigeführt wurde. Ferner wurden während des Schlafes direct Sinnesreize hervorgerufen, um nach dem Erwachen festzustellen, welche Vorstellungen ein bestimmter Sinnenreiz auslöse. Dieser letzte Theil der lesenswerthen kleinen Abhandlung scheint der wichtigste und es wäre zu wünschen, dass Verf. seine Versuche mit vollkommeneren Methoden und an mehreren Versuchspersonen fortsetzen möge. Leider ist ihm die Arbeit Michelson's (Untersuchungen über die Tiefe des Schlafes, Dorpat 1891, Inaug. Diss.) entgangen, die eine Reihe einschlägiger Fragen behandelt und ihm in Bezug auf die Methodik werthvolle Fingerzeige abgegeben hätte. Behr - Riga.

---

475) Dr. **R. Günther**-Sonnenstein: Ueber Behandlung und Unterbringung der irren Verbrecher.

(Leipzig 1893, F. C. W. Vogel,. 3 Mark. 134 Seiten.)

Die vorliegende Arbeit entstand während einer $3^1/_2$jährigen Thätigkeit des psychiatrisch vorgebildeten Verfassers an den Strafanstalten zu Waldheim in Sachsen, woselbst er sich hauptsächlich mit der Beobachtung und Begutachtung der geistig gestörten Gefangenen, sowie mit der ärztlichen Leitung der als Annex beim Männerzuchthaus befindlichen Irrenstation beschäftigte. — Er ventilirt die Frage: Sind besondere Anstalten für irre Verbrecher, speciell aber Irrenstationen bei den Strafanstalten selbst nothwendig? und berichtet gleichsam als Antwort hierauf über die mit der Irrenstation für Männer zu Waldheim gemachten Erfahrungen, sowie über die Behandlung und Unterbringung der weiblichen irren Verbrecher in Sachsen, wobei er eine ganze Reihe von statistischen Uebersichten und Tabellen mittheilt.

Er kommt auf Grund seiner in Waldheim gesammelten reichen Erfahrungen zu dem Endresultate, dass besondere Irrenanstalten oder sachgemäss eingerichtete Irrenabtheilungen der Krankenhäuser an allen grösseren Strafanstalten erforderlich, an den kleineren zum mindesten wünschenswerth erscheinen, um hierdurch einmal dem vielverbreiteten Uebelstande, ausgesprochen geisteskranke Verbrecher nicht zu erkennen und nicht rechtzeitig genug der Strafhaft zu entziehen, vorzubeugen, zum andern den sehr häufig in den Strafanstalten vorkommenden geistigen Defectzuständen in den Fällen, wo es nöthig und practisch ausführbar erscheint, eine besondere Berücksichtigung und eine mehr individuelle Behandlung, natürlich unter Anpassung an das Strafanstaltsregime und die in der Anstalt herrschenden Anschauungen angedeihen zu lassen. Die Heilbarkeit der Geistesstörungen in der Irrenabtheilung bei der Strafanstalt ist eine relativ günstige, wirkliche Simulation

geistiger Störung von Seiten Geistesgesunder daselbst sehr selten. Die freien und frei gewordenen verbrecherischen Irren sind am besten in einer besonderen Station unterzubringen, welche mit der Strafanstalt in keiner Verbindung mehr steht. Da die Errichtung besonderer Anstalten für dauernde Unterbringung der psychisch defecten Verbrecher und für die freien moralisch verkommenen verbrecherischen Irren vor der Hand nicht zu erwarten steht, so erscheint die Errichtung einer solchen Anstalt im Anschluss an eine Irrensiechen-Anstalt noch am geeignetsten. Buschan.

---

476) **Baer**: Der Verbrecher in anthropologischer Beziehung.
(Leipzig 1893. G. Thieme.)

Eine Tücke des Schicksals, vielleicht aber auch gerade eine Gnade ist es, dass fast gleichzeitig zwei criminalanthropologische Werke von hervorragender Bedeutung erschienen, das eine von einem Verfechter der Lombroso'schen Lehren (Kurella), das andere von einem Gegner. Lange hat es gedauert, ehe Deutschland sich zu solchen Thaten aufraffte und wir haben allen Grund, auf diese Werke stolz zu sein. Die meisten aber, die sich mit der Criminalanthropologie abgegeben haben, — und nicht nur bei uns, sondern auch auswärts, mit Ausnahme vielleicht von Italien, wo jedoch auch Lombroso's Einfluss und Prestige zu schwinden scheinen, — werden aber zuversichtlich den Ansichten Baer's beitreten, wie auch Referent. Ebenso dürfte auch die Meinung bald allseitig sich kundgeben, dass dies Buch das bisher beste auf diesem Gebiete darstellt, wesshalb es mehr als irgend ein anderes eine Uebersetzung verdient. Verf. ist fast in Allem — auf Grund seiner ungeheuren Erfahrung an der Strafanstalt zu Plötzensee — zu entgegengesetzten Schlüssen wie Lombroso gekommen und ich glaube kaum, dass gegen ihn mit Erfolg anzukämpfen sein wird. Es giebt keinen anthropol. Verbrechertypus, keinen geborenen Verbrecher, keine internationale Verbrecherähnlichkeit, keine Verbrecher-Physiognomie. Der Schädel ist nicht eigenthümlich, der Stirntheil desselben wies keine besonders geringe Volumenentwickelung auf, starke arcus superciliares und Stirnhöhlen waren nur in 3,2% der Fälle da, Körpergrösse und -Gewicht nahm nicht von der des niedern Volkes ab, ebenso gab es nicht mehr Linkshänder als sonst und die Tätowirungen unterschieden sich in nichts von den gewöhnlichen. Die Eigenschaften des Gemüths und des Geistes sind im Allgemeinen die des gewöhnlichen Volks, sehr viele sind allerdings intellectuell schwächer. Es giebt keine moral insanity. In den Gefängnissen giebt es sehr viel sittlich Stumpfe, sittlich Blödsinnige (im alten Sinne) aber nur ausnahmsweise. Die Differentialdiagnose zwischen beiden liegt im Nachweise des psychischen Moments, besonders des intellectuellen Defects. Das Verbrechen ist ein soziales Phänomen und nicht atavistisch zu deuten; die allermeisten und wichtigsten Entartungszeichen sind rhachitisch bedingt, durch das milien.

Dies die Hauptlehren. Kein Mensch wird wohl so ungeheure Erfahrungen auf diesem Gebiete besitzen, wie gerade Baer, keiner hat die Litteratur so herangezogen (sogar landwirthschaftliche Archive!) und keiner wohl stützt wohl sich auf so breiter physiologischer Basis. Daher sind seine

Worte doppelt werth und sein Werk ein glänzendes Zeugniss deutscher Gründlichkait und scharfer Kritik.

Näcke-Hubertusburg.

---

477) **New-York State Reformatory at Elmira.**

(17. Jahresbericht für 1892.)

Dieser Jahresbericht ist besonders durch Beilagen reich ausgestattet und bietet dem Arzte und Criminalanthropologen eine Fülle von Anregungen. Das Maximum der Aufnahmen für dieses Jahr betrug 1506 Personen. Von der Gesammtmenge der Aufnahmen (seit 17 Jahren) zeigten sich Geisteskrankheit und Epilepsie in der Ascendenz in 12,3%, Trunksucht sicher in 38,3%, zweifelhaft in 13,1%; traurige Famlienverhältnisse bestanden in 54,1%. Von den Gefangenen hatten Volksschulbildung nur 28,6%, die meisten waren Arbeiter, gut von Character waren nur 1,3%, von zweifelhaftem 1,4%, gut begabt 71,7%, gesund 83,3%, ohne Spur von Moral 39,7%. 93,6% waren Eigenthumsverbrecher. Der Erfolg durch die rationelle und originelle Behandlung war ein so guter, dass für 1892 nur 11,8% als nach der Entlassung wahrscheinlich wieder dem Verbrecher zugeführt angenommen wurden. Höchst bedeutsam sind auch die Resultate der „physical training“ (Bäder, Massage, Diät, Gymnastik), sogar bei geistig Stumpfen. Sehr häufig waren Wuthausbrüche, aber nur 4mal Psychosen. Beigegeben sind die schematischen Köpfe und Biographieen von 100 Verbrechern, an denen fast durchweg Henkelohren sichtbar sind (die in dieser Häufigkeit wohl aber nur ethnisch bedingt sind.

Näcke-Hubertusburg.

---

478) Handbuch der Neurasthenie, bearbeitet von Dr. R. v. Hösslin-Neuwittelsbach, Dr. G. Hünerfauth-Homburg, Dr. J. Wilheim-Wien, Dr. K. Lahusen-München, Dr. F. Egger-Arosa, Dr. C. Schütze-Kösen, Dr. E. Koch-Magdeburg, Dr. F. C. Müller-Alexanderbad und Dr. A. Fr. v. Schrenck-Notzing-München, herausgegeben von Dr. Franz Karl Müller, Director der Wasserheilanstalt und des Stahlbades Alexanderbad im Fichtelgebirge.

(Leipzig, F. C. W. Vogel. 1893. 611 Seiten.)

Seitdem Beard und Rockwell die ärztliche Welt mit dem neuen Krankheitsbilde der Neurasthenie bekannt gemacht haben, haben sich die litterarischen Erzeugnisse über dieses für unsere Kulturperiode so überaus wichtige Leiden in ungeahnter Weise zwar angehäuft, indessen fehlte es bisher immer noch an einer zusammenfassenden Darstellung. Fr. C. Müller, bekannt durch sein werthvolles Lehrbuch der Hydrotherapie, hat nunmehr diese Lücke, die bisher in der Wissenschaft existirte, auszufüllen gesucht, was ihm auch auf's beste gelungen ist. Er ist hierbei in der Weise zu Werke gegangen, dass er den gewaltigen Stoff an die oben genannten Fachgenossen vertheilte. Trotz solcher Zersplitterung der Arbeit erscheint das vorliegende Werk dennoch wie aus einem Guss geschaffen, ein jeder der Mitarbeiter hat sich bemüht, nach Kräften der ihm gestellten Aufgabe im Sinne des allgemeinen Ganzen gerecht zu werden.

Müller hat die Kapitel über Litteratur, Geschichte und pathologische Anatomie, ferner über die Uebergangsformen der Neurasthenie in psychische

Erkrankungen und die strafrechtliche Verantwortlichkeit der Neurastheniker, sowie, worin er ja Autorität ist, über die hydropathische Behandlung in Bearbeitung übernommen; v. Hösslin die Kapitel über das Wesen der Neurasthenie, die Aetiologie, Symptomatologie und den Verlauf, die Prognose und Diagnose. Von der Therapie haben die Massage und Heilgymnastik von Hünerfauth, die medicamentöse Behandlung, sowie die Diätetik und Diätkuren von Wilheim, die Seebäder von Lahusen, die klimatischen Kuren von Egger, die hydropathische Behandlung, wie schon gesagt, von Müller, die balneologische von Schütze, die electrische von Koch und die psychische bezw. suggestive von Frhr. v. Schrenck-Notzing eingehende Besprechung erfahren. Wie nicht anders zu erwarten stand, ist ja jeder der Mitarbeiter von der ihm gleichsam specifischen Behandlungsweise enthusiasmirt; indessen mag dieser Umstand gerade von Vortheil sein, insofern es dem objectiven Urtheile des Practikus überlassen bleibt, die richtige Behandlungsweise aus der Fülle der Methoden, deren jede ihren besonderen Vertreter gefunden hat, für den einzelnen Fall herauszufinden. — Widerspruchsfrei ist ja keine Ansicht, und so wird auch mancher Kritiker in einzelnen Punkten des vorliegenden Werkes abweichender Meinung sein; indessen wird dadurch der grosse Werth desselben nicht herabgesetzt. Wir empfehlen das Handbuch der Neurasthenie dem Practiker sehr.

Buschan-Stettin.

---

479) Zur Feier des 100jährigen Jubiläums von Kaiser Franzensbad. Ebendas. 1893, im Selbstverlage des Bürgermeisteramtes. 192 Seiten.

Der Kurort Franzensbad, dessen Heilmittel auch in der Nervenheilkunde vielfach mit Erfolg Anwendung finden, feiert in diesem Jahre das Fest seines 100jährigen Bestehens. Zu dieser Jubelfeier hat die Kurverwaltung eine Festschrift erscheinen lassen, deren Inhalt ein zusammenfassender Ueberblick über die Geschichte des Bades, seine Aerzte und Kurmittel, sowie Varia wissenschaftlichen und belletristischen Inhaltes bilden.

Buschan.

---

480) **Kreidmann**: Der Nervenkreislauf etc. (cfr. Referat im Maiheft dieses Centralblattes).

Im Einverständniss mit Herrn Dr. Kreidmann, mit welchem ich in Bezug auf mein erstes Referat über sein Buch eingehenden Briefwechsel gehabt habe, drucke ich aus einem seiner Briefe die folgenden auf seine Therapie bezüglichen Worte ab:

„Ich habe im Jahre 1883 (in der „allgemeinen med. Centralzeitung“) ein Verfahren bei Gangraena senilis veröffentlicht, welches, gestützt auf den „Nervenkreislauf“, die unglücklichen Opfer sicher und ohne Verstümmelung von ihrem Leiden befreien kann (der Fall betraf einen Schiffskapitän, den man aus der Greifswalder Klinik ungeheilt und zum Sterben nach Hause schickte). Wer weiss etwas von meiner Methode? — Ich habe vor zwei Jahren eine Broschüre über „Ursache und Bekämpfung der Diphtheritis“ veröffentlicht, in welcher ich eine auf reicher Erfahrung beruhende Methode angab, die die Mortalität bei den schlimmsten Fällen

(die leichten habe ich nicht berücksichtigt) auf weniger als 10% herunter-setzt. Wer hat meine Broschüre gekauft oder gelesen? Die amerikanischen und russischen Aerzte, in Deutschland Keiner! Solche Erfahrungen sind keine schönen Lockmittel, um einen im „Grössenwahn" zu erhalten. Und dennoch habe ich mich entschlossen, das Werk über den Nervenkreislauf zu veröffentlichen! Die Geschichte soll über mich nicht ebenso den Stab brechen, wie über jenen Schuft, der die geburtshilfliche Zange erfunden und der Welt nicht preisgeben wollte. — Als Mensch muss ich eine Behandlungsweise, die Hunderttausende von Unglücklichen und Siechen von ihrem Unglücke befreien und ferneres Unglück verhüten kann, **unbedingt** veröffentlichen."

Ich erkläre, dass mir die Absicht einer Beleidigung oder Verhöhnung bei meinem kurzen Referat ferngelegen hat, und dass ich jene kurzen Worte nach einem sehr zeitraubenden genauen Studium des Buches niedergeschrieben habe. Sommer.

---

481) **Obersteiner**: Die zweite Auflage von der „Anleitung beim Studium des Baues der nervösen Centralorgane" ist nunmehr in französischer und italienischer Uebersetzung erschienen, nachdem eine russische und englische vorangegangen waren. Sommer.

Bericht über die vom Verein der deutschen Irrenärzte am 25. Mai 1893 zu Frankfurt gepflogenen Verhandlungen und gefassten Beschlüsse.

482)

Herausgegeben vom Vorstand: Grashey, Jolly, Laehr, Ludwig, Pelman, Schüle, Zinn.

I. **Siemens** und **Zinn**: Psychiatrie und Seelsorge.

II. **Pelman** und **Zinn**: Zur Reform des Irrenwesens in Preussen.

(München, Verlag von Lehmann, 1893, 106 Seiten.)

Wer an den weiteren Schicksalen der Psychiatrie und des Irrenwesens Interesse hat, soll sich diesen Bericht kaufen und in seinem Geiste nach Kräften wirken. Es genügt nicht, Referate in Fachzeitschriften wie dieses Centralblatt darüber zu schreiben, sondern diese Principienfragen müssen vor der Oeffentlichkeit und den ausschlaggebenden Factoren verhandelt werden. Es handelt sich wesentlich um folgende klare Aufgaben:

1. Staatliche (nicht kirchliche) Organisation der Fürsorge von Geisteskranken, Epileptischen und Idioten. (Darin ist implicite die Stellung zu v. Bodelschwingh und Anhängern enthalten.) Die Befriedigung der religiösen Bedürfnisse der Geisteskranken ist im Rahmen der staatlichen Organisation vollkommen möglich.
2. Aufnahme der Psychiatrie unter die wirklichen Examensfächer.
3. Consequente Auffassung der Geistesstörung als eine Krankheit, deren Beurtheilung und Behandlung dem psychiatrisch gebildeten Arzt zusteht (darin ist die Opposition gegen Stöcker implicite enthalten).

Für diese 3 Programmpunkte sollte jeder Irrenarzt im Interesse der gesunden Vernunft ganz unabhängig von seiner sonstigen politischen oder kirchlichen Richtung mit allen Kräften eintreten. Sommer.

---

483) **Sommer**-Würzburg: Grundzüge einer Geschichte der deutschen Psychologie und Aesthetik von Wolff-Baumgarten bis Kant-Schiller. Nach einer von der Kgl. Preussischen Akademie der Wissenschaften preisgekrönten Schrift des Verfassers.

(Würzburg, Verlag von Stahel 1893.)

Das scheinbar rein philosophische Buch steht durchaus auf naturwissenschaftlicher Grundlage. Verf. giebt im Grunde eine Geschichte der Physiologie im Zusammenhange mit der Entwickelung der Weltanschauungen vom cartesianischen Dualismus zum Monismus, welcher den psychologischen Hintergrund unserer „klassischen" Zeit gebildet hat. Im Hinblick auf den zur Zeit wieder auflebenden Monismus (cfr. z. B. die ersten Kapitel von Forel's Buch über Hypnotismus) werfen diese historischen Darlegungen viele Streiflichter auf die Gegenwart. Verf. verfolgt die cartesianische Gehirnphysiologie in ihre letzten Consequenzen, zeigt besonders den Zusammenhang von Soemering's Lehre vom Sitz der Seele mit dieser mechanischen Auffassung der Gehirnvorgänge. Für jeden, der sich für die Geschichte der Localisationslehren interessirt, bietet das Buch eine Reihe von Beziehungen. Ferner sucht Verf. den bedeutenden Einfluss, welchen die Berührung mit der Physiologie (besonders der Haller'schen) auf die bahnbrechenden Geister unserer klassischen Zeit geübt hat, im Einzelnen nachzuweisen.

Abgesehen von der Betonung der Physiologie hat Verf. gesucht, die entwickelungsgeschichtliche Methode auf die Geschichte der Begriffe anzuwenden. Verf. verfolgt im Einzelnen die Umbildung der psychologischen und ästhetischen Begriffe, gewissermassen in statu nascendi. (Ich ergreife mit Freude die Gelegenheit, diese naturwissenschaftlich-methodische Seite des Buches vor einem medicinischen Leserkreis deutlich zu kennzeichnen, weil von den bisher in psychologischen Zeitschriften erschienenen Recensionen keine einzige diesen Punkt auch nur erwähnt hat). Besonders wird die parallel gehende Umgestaltung der ästhetischen und psychologischen Formeln und der Weltanschauung bis in's Einzelne nachgewiesen.

Verf. stellt die Individualitäten, welche diese Begriffsumbildung bewirken, in den Vordergrund; die Frage nach der Richtigkeit der Denkresultate der einzelnen Psychologen und Aesthetiker kommt ihm in zweiter Linie; in erster Linie steht ihm die Frage: Aus welchen psychologischen Motiven heraus sind diese Männer zu solchen Gedankenbildungen und Begriffsumbildungen gekommen?

Ist schon diese Methode eine speciell psychiatrische, so gehört das Buch in einzelnen Abschnitten ganz in den Interessenkreis der Psychiatrie, weil ein Stück Geschichte dieser gegeben wird. Als Beispiel citire ich folgende Stelle über den Psychologen Moritz:

„Moritz kam mit innerer Nothwendigkeit zu einer „Specialpsychologie." — Wir wollen einige Züge aus dem Magazin für Erfahrungsseelenlehre herausheben, welches für die Kenntniss des Zeitcharacters sehr wichtig ist. Das Magazin trägt das Motto *γνῶθι σαυτόν*. Was sind nun die Resultate dieses ernsthaften Bestrebens der Selbsterkenntniss?

Im 4. Bande überblickt Moritz die gesammelten Facta und findet die meisten unter der Rubrik: Seelenkrankheitslehre. Seine Redaction wird von Zusendungen, welche Ahnungen, wunderbare Träume, Wahnsinn, Selbstmord, Perversitäten der Gefühle behandeln, überschwemmt. M. spricht offen den Wunsch aus, man möge ihm mehr Beiträge zur normalen Psychologie senden, oder wenigstens über der Freude am Krankhaften die Seelenheilkunde nicht vergessen. Der ganze Strom pathologischer Empfindsamkeit, aus welchem sich Goethe im Werther zu retten suchte, fliesst jetzt in das Flussbett der empirischen Psychologie.

Moritz tadelt besonders, dass die eingelaufenen Zusendungen über Seelenkrankheitslehre nur Beschreibungen des „Wahnwitzes“ enthalten. Er will auch Geiz, Spielsucht, Neid, Trägheit als seelische Störungen aufgefasst sehen und will Vorschläge zur Heilung dieser Zustände machen. Die theoretischen Resultate von Moritzen's psychiatrischen Bestrebungen sind gering, weil er in einseitiger Weise von der Leibniz'schen Vorstellungslehre ausgeht. „Da nun das Wesen der Seele vorzüglich in ihrer Verstellungskraft besteht, so muss auch der Ursprung der Seelenstörungen in irgend einer zur Gewohnheit gewordenen unzweckmässigen Aeusserung dieser Kraft zu suchen sein.“ Der Neid wird aus dem Missbrauch der vergleichenden Kraft der Seele erklärt. Die Habsucht wird in der Verwöhnung der vorstellenden Kraft, sich mit den Dingen ausser sich zu oft zusammenzudenken. „Die vorstellende Kraft des Wollüstigen ist zu sehr auf seinen Körper als Materie geheftet. Man lehre ihn unablässig den wunderbaren Bau und Zusammensetzung desselben, wodurch er zu Bewegung und Eindruck fähig wird, und die Einbildungskraft des Wollüstigen wird, wenn sie nicht in hohem Grade verderbt ist, gereinigt werden.“ Wir haben hier die ersten kindlichen Anfänge einer deutschen Psychiatrie.“ —

(Selbstbericht.)

IV. Original-Vereinsberichte.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 12. Juni 1893.

In der Fortsetzung der Discussion über den Vortrag des Herrn Leyden, „Neuritis und acute Paralyse nach Influenza“, berichtet zunächst Herr Bernhardt, dass auch er Erkrankungen des Nervensystems nach Influenza beobachtet habe. Die Krankheitserscheinungen waren theils dieselben, wie sie Herr Leyden angeführt hat und boten im Allgemeinen das Bild der sogenannten Landry'schen Paralyse. Der Sitz des Leidens sei entweder das Rückenmark oder die Medulla oblongata oder die peripherischen Nerven.

Herr Jolly hat einen Fall von Polyneuritis nach Influenza beobachtet, der mit lebhaften Schmerzen in den oberen Extremitäten begann. Im weiteren Verlauf stellte sich eine vollständige Lähmung derselben ein. Zuletzt trat noch Schwäche in den Beinen hinzu. Nach einem Jahr erfolgte

nach vielfachen Exacerbationen Genesung. Oft hat nach Jolly's Ansicht die Influenza Krankheitsprocesse, die im Entstehen oder in Remission begriffen waren, zu schnellerer Entwicklung gebracht. Er sah einen schon lange beobachteten Paralytiker nach einem stärkeren Influenzaanfall in grosse Verwirrung gerathen. Es folgten schwere paralytische Anfälle und kurze Zeit darauf trat der Tod ein. Die Section ergab neben den paralytischen Veränderungen eine frische eitrige Meningitis.

Herr Bernhardt erwähnt noch, dass auch Fälle von Landry'scher Paralyse vorkommen ohne pathologisch-anatomischen Befund, Fälle von Lähmungen nach Genuss von verdorbener Wurst oder Fleischwaaren. Auch die von Westphal beschriebenen periodischen Lähmungen rechnet er hierher.

2. Herr Moeli hält seinen Vortrag über atrophische Folgezustände auf sensiblen Bahnen des Gehirns. Folgende drei Gruppen stellt er nach seinen Beobachtungen auf:

1. Erkrankung (Atrophie) der Schleife im Anschluss an Erkrankung des Mittelhirns.
2. Atrophie des opticus nach Erkrankung des Hinterhauptshirns und des Mittelhirns.
3. Erkrankung des Schläfelappens, die zur Erkrankung des Mittelhirns und der Brücke führte.

Die krankhaften Veränderungen an der Schleife beobachtete er meist bei Erwachsenen als Folgeerscheinung syphilitischer Herde im Mittelhirn.

Von 22 Herderkrankungen des Hinterhaupthirnes zieht er 7 für seine Betrachtungen heran, in denen ausgebreitete Erkrankung im ganzen Sehsystem (Thalamus, Tractus, Chiasma, opticus) als Folgeerscheinung beobachtet werden konnte. In einem Falle liessen sich die Veränderungen bis in den intraorbitalen Theil des opticus verfolgen. Bei den Erkrankungen des Schläfelappens sah er als Folgeerscheinung Veränderungen im Thalamus, Verkleinerung des rothen Kernes, Faserschwund im corp. genicul internum, Atrophie des corp. trapez., nicht deutliche Veränderung in der Olive.

An der Hand zahlreicher Zeichnungen und Präparate erläuterte Vortragender die einzelnen Fälle. Rust-Dalldorf.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 19. Juli 1893.

I. Herr Remak: 1. Zur Localisation der spinalen Hautreflexe, 2. Hemichorea senilis.

R. stellt für beide Themen einen Kranken vor.

Im ersten Fall handelt es sich um einen 4jährigen Knaben, der am 19. März in Behandlung kam. Seit dem 6. März bestanden die Krankheitserscheinungen: Erbrechen, Fieber, Genickschmerzen, Harnverhaltung, Lähmung der Beine; der Penis war halberigirt, die Hautreflexe lebhaft, das Kniephänomen vorhanden. R. stellte die Diagnose: transversale Myelitis. Nach 12 Wochen waren die Krankheitserscheinungen zum grossen Theil gewichen; es war nur eine schlaffe Lähmung der Beine zurückgeblieben.

Das Kind kann sitzen und mit Unterstützung auch ein wenig stehen. Beim Sitzen leichte Kyphose. Druckempfindlichkeit in der Gegend des 7. Brustwirbels. Ferner besteht noch eine Lähmung der schrägen Bauchmuskeln. Die Sehnenreflexe sind lebhaft. Bei Reizen der Fusssohle tritt der gewöhnliche Plantarreflex auf. Zur Auslösung dieses Reflexes sind an der medialen Seite stärkere Reize erforderlich als an der lateralen. Die Bauchreflexe sind aufgehoben. Cremasterreflex rechts aufgehoben, links zuweilen auslösbar. Die Steigerung der Reflexe beginnt unmittelbar unter der Inguinalfalte. Bei leisen Strichen an der Innenseite des Oberschenkels sah R. der Reihenfolge nach auftreten: Plantarflexion der 3 ersten Zehen, dann Beugung des Beines im Knie- und Hüftgelenk. Bei leisem Bestreichen der Vorderfläche des Oberschenkels fand R. dann noch Contraction im Quadriceps (Strecken des Beines). Diesen Reflex konnte er auch gekreuzt auslösen. R. will diesen Reflex den Femoralreflex nennen und erinnert daran, dass er in der Form mit dem von Westphal angegebenen Pseudokniephänomen Aehnlichkeit hat.

Alsdann stellt Vortragender eine 60jährige Frau vor mit Zuckungen im rechten Arm und Bein. Die Bewegungen sind im Bein lebhafter als im Arm. Im Bein bestehen sie in abwechselnder Plantar- und Dorsalflexion der Zehen und in leichtem Drehen des Fusses. Erst bei lebhafteren Bewegungen im Fuss treten Zuckungen im Oberschenkel auf. Am Arm ist der Oberarm, die Schultergegend und die Scapularmuskulatur betheiligt. Bei intendirten Bewegungen findet keine Steigerung statt. Es besteht ferner eine Empfindlichkeit der Nervenstämme rechts. Es handelt sich nach vorstehender Beschreibung entweder um Paralysis agitans oder um Chorea. R. will die Krankheit Hemichorea senilis benennen.

II. Herr Koenig: Ueber 2 Fälle von circumscripter Meningo-Encephalitis caseosa convexitatis bei Kindern.

Beide Fälle betreffen epileptische Idioten. Es bestehen Verwachsungen der Häute untereinander und Verwachsungen der Häute mit der Hirnoberfläche. In beiden Fällen keine Miliartuberkeln und negativer Befund bei der Untersuchung auf Tuberkelbacillen in den käsigen Herden. In einem Fall waren in den Lungen ausgebreitete gleichartige Herde, in dem andern fehlten diese. Hier boten die Gefässe Veränderungen dar, die unzweifelhaft luetischer Natur waren. Doch schliesst Vortr. in beiden Fällen für die Hirnaffectionen die Lues aus, weil Anzeichen von Fettmetamorphose vollkommen fehlten.

III. Herr Koeppen: Ueber multiple Gehirnaffectionen (mit microscopischen Demonstrationen).

Vortragender berichtet über 3 Fälle. Im ersten Fall sprach das psychische Verhalten für Dementia paralytica oder für disseminirte Herde. Die Section ergab eine ausserordentliche Vermehrung der Blutgefässe an einzelnen Stellen der grauen Substanz (Angiom). Die Gefässwände sind starr und verdickt. Diese Veränderung der Gefässe konnte bis zum pons verfolgt werden. Nur vereinzelte erkrankte Gefässe dehnten sich bis in die Marksubstanz aus. Die Hirnhäute waren verdickt, in der Umgebung der blutgefässreichen Stellen war die Hirnsubstanz verhärtet. Diese Verhärtung führt Vortr. auf Blutaustritt zurück. Pat. hatte Syphilis gehabt.

Der zweite Fall betraf einen Mann, der vor 25 Jahren ein trauma capitis erlitten hatte, in dessen Gefolge Verblödung eingetreten war. Acht Jahre vor der Aufnahme Lähmung der Arme mit Atrophie. In der rechten Hemisphäre war die Oberfläche der Windungen eigenthümlich gerunzelt. Den gerunzelten Stellen entsprachen Cysten in der Hirnrinde, die bis auf das Mark reichten. Von diesen Stellen gingen secundäre Degenerationen aus, theilweise bestand gänzlicher Schwund der grauen Substanz. Das Rückenmark zeigte secundäre Degeneration der Vorderstränge. Ausserdem bestand Poliomyelitis des 5. und 8. Cervicalnerven.

Im 3. Fall beobachtete man intra vitam Schwindelanfälle und Erscheinungen von Paralysis agitans. Pat. endete durch Hemiplegie. In der Hirnsubstanz und zwar nur im Mark fanden sich zahlreiche Erweichungsherde. Die Rinde war ganz frei geblieben. Auch im pons und Linsenkern gleichartige Herde. Im Rückenmark leichte combinirte Systemerkrankung. Arteriosclerose.

Rust-Dalldorf.

V. Zur Tagesgeschichte.

Staat und Kirche in der Irrenpflege.

(Fortsetzung der Artikel über die Psychiatrie eines Theils der evangelischen Geistlichkeit in Preussen.)

Es zeigt sich immer mehr, dass die vom Verein der deutschen Irrenärzte in Frankfurt aufgestellten Sätze zum Wendepunkt werden, an dem sich die Geister scheiden. Die Personen treten in den Hintergrund und die Principien werden lebendig. Es handelt sich nicht mehr um einige beleidigende Aeusserungen gegen die Irrenärzte, auch nicht mehr um einige theologisch-psychiatrische Constructionen, wie sie Herr Hafner gemacht hat, sondern einfach um die Frage, ob der Staat mit seinen Organen die von ihm übernommmenen und anerkannten Pflichten der Irrenfürsorge selbst lösen, oder ob er sich für unvermögend dazu erklären und diese Aufgabe mit Bewusstsein seines Unvermögens der Kirche übertragen will.

Zunächst ist kurz zu bemerken, dass das Principielle dieser Angelegenheit anfängt, von den politischen Blättern begriffen zu werden und dass sich schon jetzt Blätter in gemeinsamer Opposition gegen die Irrenärzte und ihr Princip der vernünftigen Staatsorganisation zusammenfinden, welche sonst einander die grössten Gegner sind.

Im ärztlichen Centralanzeiger hatte ein Herr Cappelmann in Aachen in folgender Weise gegen die „zünftigen“ Psychiater geschrieben:

„Es ist durchaus unzweifelhaft, dass die Ansichten über Irrsinn, welche Pastor v. Bodelschwingh und Genossen vertreten, falsch sind, und es ist keineswegs zu befürchten, dass solche allgemein für falsch gehaltenen Ansichten in einem Culturstaat „practisch bethätigt“ werden könnten. Ebenso unzweifelhaft ist jedoch, dass die Beschlüsse (des Vereins) weit über das Ziel hinausschiessen. Gleich mit dem Satz I 3 beginnt eine scharfe Kriegserklärung nicht mehr gegen die v. Bodelschwingh'schen Ideen, sondern gegen alle Anstalten für heilbare sowohl als unheilbare Geisteskranke, Epileptiker und Idioten, welche nicht unter allein ärztlicher Leitung und Verantwortung

stehen. Ist auch diese Forderung zünftiger Irrenärzte nicht neu, so ist doch neu die heftige Form, in welcher sie vorgebracht wird. Mit Gewalt sollen Staat, Provinz und Gemeinde gezwungen werden, für die hilfsbedürftigen, auch die unheilbaren, Kranken genannter Art eigene Anstalten mit ärztlichen allein verantwortlichen Directoren nach Vorbild der jetzigen Provinzial-Irrenanstalten zu errichten. Die Begründung dieser Forderung unter I. 3 ist eine sehr einfache: „Nicht unter ärztlicher Leitung und Verantwortung stehende Anstalten entsprechen nicht den Anforderungen der Wissenschaft, Erfahrung und Humanität und sind desshalb zur Bewahrung, Kur und Pflege dieser Kranken nicht geeignet." Welche Forderungen der Wissenschaft nun verlangen durchaus einen ärztlichen Director, welchem ausser der ärztlichen Behandlung und der ärztlichen Ueberwachung der Pflege auch die Verwaltung untersteht? Und zwar auch für Unheilbare? Wer von den in Frankfurt anwesenden Irrenärzten hat denn Erfahrungen über Anstalten ohne ärztliche Directoren gemacht? Die Herren sind doch wohl alle Directoren oder Assistenten oder selbst Besitzer von Irrenanstalten; wann und wo haben sie denn die Gelegenheit gehabt, diese Erfahrungen zu machen? Und welcher Art sind diese Erfahrungen gewesen, dass dieselben zu so scharfen Erklärungen Veranlassung geben? Angenommen, dass hier und da in einer nicht unter ärztlicher Leitung stehenden Anstalt Uebelstände bestanden haben oder bestehen, giebt das ein Recht, alle diese Anstalten gleicherweise zu verwerfen? Was sagen dazu die preussischen Medicinalbeamten, welche auch diese Anstalten regelmässiger Revision unterziehen? Wären die Anstalten so sehr ungeeignet, wesshalb hätten die Medicinalräthe und Kreisphysiker nicht längst darüber an den Minister berichtet, auf dass Abhülfe geschafft würde? Was sagen ferner dazu die Provinzial-Verwaltungen, welche die ihrer Obsorge überwiesenen Kranken in grosser Anzahl an so verpönte Anstalten zur Pflege überweisen?" Der von den Irrenärzten aufgestellten These gegenüber, dass sie sich ihr Personal selbst erziehen und nicht in dieser Beziehung Anleihen bei den kirchlichen Institutionen machen wollen, steht nach C. „die Ansicht sehr vieler und sehr einsichtsvoller Leute, Aerzte und Nichtärzte, welche aus guten Gründen der Ueberzeugung sind, dass Mitglieder religiöser Genossenschaften die einem Wärter für Geisteskranke besonders nothwendige Milde, Ruhe und Nachsicht im Verein mit höchster Gewissenhaftigkeit und der nöthigen Festigkeit viel eher und in viel grösserem Maasse haben, als Wärter, welche für Geld das schwere Amt eines Irrenwärters annehmen und wohl vielfach aus Militär-Anwärtern rekrutirt werden. Dazu kommt, dass in manchen religiösen Genossenschaften sich seit langer Zeit eine traditionelle Uebung in der Pflege der Geisteskranken herangebildet hat, welche man unter bezahlten Wärten so leicht nicht finden dürfte. Obgleich in der Begründungsrede des einen Referenten hauptsächlich von pastoralen Anstalten gesprochen wird, so richtet sich doch der Kampf in Wirklichkeit gerade gegen diese religiösen Genossenschaften, welche in ihren Anstalten viel mehr Geisteskranke pflegen, als die sogen. pastoralen Anstalten. Wenn auch unter II. 2 und 3 der Beschlüsse ausdrücklich gesagt ist, dass die genannte Behauptung nicht durch den persönlichen religiösen Standpunkt beeinflusst sei, so scheint doch die Lust zur Laicisirung des Wärterpersonals sehr gross zu sein. Auch die Verwerfung

confessioneller Anstalten scheint dafür zu sprochen, dass man die Kranken möglichst wenig oder gar nicht mit religiösen Dingen behelligen will. Es würde auf's tiefste zu bedauern sein, wenn die in Frankreich von so traurigen Folgen gewesene Laicisirung der Hospitäler jetzt an unseren Anstalten für Geisteskranke versucht werden sollte. Doch wird der Cultusminister hoffentlich dafür sorgen, dass die Bäume der zünftigen Psychiater nicht in den Himmel wachsen, und dass nicht auf Grund unbewiesener Behauptungen und Forderungen altbewährte Einrichtungen mit ungeheuren Kosten versuchsweise zerstört werden.“ — Dieser Erguss ist von der ultramontanen Kölnischen Volkszeitung, der man sonst wohl keine Sympathieen mit Stöcker zutrauen kann, sofort aufgegriffen und in folgender Weise wohlwollend commentirt worden:

„Die Tagespresse hat unseres Erachtens allen Grund, diese Angelegenheit nicht ausschliesslich der medicinischen Fachpresse zu überlassen. Wir können uns sehr wohl den Fall denken, dass früher oder später die Frankfurter Thesen, auch nach der von Herrn Dr. C. behandelten Richtung, bei der Berathung eines Irrengesetzes im Landtage als schätzbares Material verwendet würden. Es kann nichts schaden, wenn schon jetzt der von ärztlicher Seite erhobene Widerspruch in weiteren Kreisen bekannt wird.“

Schon aus diesen Wirkungen*) kann man erkennen, dass es sich hier um das allgemeine Princip der staatlichen Organisation im Gegensatz zu den Sonderinteressen der verschiedenen kirchlichen Institutionen handelt. Dabei ist zu bemerken, dass es sich absolut nicht um Entchristlichung der Irrenanstalten in dem Capellmann'schen Sinne handelt. — Diese wesentlichen Züge der ganzen Sache werden einem nun am klarsten, wenn man die Texte der Berichte über die Conferenzen evangelischer Irrenseelsorger im Zusammenhange studirt. Herr v. Bodelschwingh war so freundlich, mir dieselben zu eingehendem Studium zuzustellen, nachdem ich früher nur gelegentlich die von mir veröffentlichten Excerpte hatte machen können. Ich kann nun nach dem sorgfältigsten Studium der Berichte kein Wort von dem, was ich bisher über die Sache geschrieben habe, zurücknehmen, sondern muss jetzt den Satz deutlich aussprechen: Der Opposition gegen die Irrenärzte von Seiten v. Bodelschwingh's und seiner Anhänger liegt die Praemisse zu Grunde: Der Staat mit seinen Organen ist nicht im Stande, die Aufgabe der Irrenpflege zu lösen. Desshalb muss die Kirche helfen. Die Lücken des Staates sind es, welche hier zur Bekämpfung eines Theils der Staatsorganisation und des irrenärztlichen Standes benutzt werden. Anstatt die Lücken des Staates ausfüllen zu helfen, wird diese Lückenhaftigkeit acceptirt, weil nun die Mitwirkung der Kirche als rettende That erscheint.

Ich werde dieses Verhältniss der v. Bodelschwingh'schen Bestrebungen zur Beurtheilung des gegebenen Staates im einzelnen nachweisen. v. B. behauptet: Die Verpflegung der unheilbar Geisteskranken durch den Staat ist mangelhaft, folglich muss die Kirche sich ihrer annehmen. Es heisst (II. Confer.): „Diejenigen Mitmenschen, die ich heute auf das Herz der Versammlung legen möchte, es sind die Bewohner unserer Irrenanstalten

*) Anm.: Auf die Kritik der Ansichten des „unzünftigen“ Psychiaters Cappelmann komme ich zurück. Sommer.

über welche die ärztliche Weisheit den Stab gebrochen hat und denen das Prädikat ertheilt ist: „unheilbar-hoffnungslos.“ — Welches ist das Loos dieser Beklagenswerthen? Sie bleiben meistentheils ihr Leben lang in den schlechtesten Räumen der Irrenanstalt, nicht selten eng zusammengepfercht, weil man den hoffnungsvollen Kranken bei der grossen Ueberfüllung der Anstalten mit Recht die besten Räume einräumen muss, und sind gleichsam zu den Toten geworfen.“ —

Wir aber sagen: Wenn die Verpflegung der Unheilbaren durch den Staat Lücken hat, worüber wohl manche Irrenärzte mit v. B. einverstanden sein werden, so muss die staatliche Fürsorge verbessert werden. v. Bodelschwingh aber erklärt, dass diese Mängel des Staates nicht von diesem verbessert werden sollen, sondern dass sie zu dem Wesen des Staates nothwendig gehören. Desshalb macht v. B. auch dem Staat keine Vorwürfe, sondern deckt seine behaupteten Mängel mit dem Mantel der Versöhnlichkeit zu. „Wir dürfen den staatlichen und ständischen Verwaltungen, sowie den Aerzten keinen Vorwurf aus dieser Sachlage machen; sie besitzen die Pflegekräfte und die Arzneimittel nicht, die diesen Aermsten gehören. Man kann von Staatswegen nicht einen Glauben verlangen, der da glaubt auf Hoffnung, da nichts zu hoffen ist“ . . ., das heisst also: Der Staat ist unfähig zur vernünftigen Fürsorge für unheilbar Geisteskranke! Ferner sagt v. Bodelschwingh: Der Staat mit seinen Organen ist nicht im Stande, ein Irrenpflegepersonal zu erziehen, folglich muss die Kirche diese Arbeit übernehmen. Es heisst These 22, I. Conferenz: „Gleich wie es bei der Pflege anderer Leidenden, z. B. bei den Epileptischen, von ärztlichen Autoritäten zugestanden ist, dass weder der Staat mit seinen Organen, noch die ärztliche Wissenschaft mit den ihrigen in der Lage ist, solche Pflegekräfte zu schaffen, so gilt dies insonderheit auch für die Seelenkranken; hier muss die Kirche eintreten.“

Wir aber sagen: Wenn unser Irrenpflegepersonal noch mangelhaft ist, worüber viele Irrenärzte mit v. B. einverstanden sein werden, so soll es besser erzogen werden. [Solange der Staat noch an vielen Anstalten einem Arzt 200 Kranke zu besorgen giebt, wird der Arzt zur Personalerziehung wenig Zeit haben. Die Voraussetzung eines guten Pflegepersonals ist die grösste Nähe des Arztes bei seiner Krankenabtheilung und gesteigerte Aufsicht. Nicht mit mehr Geld für den Wartedienst wird das Problem gelöst, wie viele noch meinen, sondern durch die permanente ärztliche Aufsicht. Aber diese wird viel Geld kosten, wird man einwenden, weil mehr ärztliche Kräfte nothwendig sind. Es ist jedoch erstens die Ausgabe nicht so gross und zweitens kann sich der Staat bei einer richtigen Organisation des ärztlichen Staatsexamens durch Errichtung eines Practicantenjahrs nach abgelegter Prüfung eine grosse Menge von ärztlichen Hilfskräften schaffen, welche den kleineren Kranken- und den Irrenanstalten zu Gute kommen können. Wir werden diese wichtige Frage ausführlich behandeln.] Das Problem geht also jedenfalls so oder so auf staatlichem Wege zu lösen und an der Mitarbeit des irrenärztlichen Standes wird es nicht fehlen, keineswegs darf aber v. Bodelschwingh aus der von vielen zugestandenen Mangelhaftigkeit des Irrenwartepersonals folgern, dass nun der Staat ganz seine Unfähigkeit zur Lösung dieser Aufgabe erklären und dieselbe der Kirche überlassen soll.

Entsprechend verhält es sich mit Stöcker. Dieser sagt: Die Aerzte sind nicht im Stande, Geisteszustände zu beurtheilen und sperren desshalb oder aus directer Bosheit Geistesgesunde in Irrenhäuser. Desshalb muss Geisteskrankheit nicht von Aerzten, sondern von „einer Commission unabhängiger Männer“ (worunter St. in praxi wohl ein vom Ortspastor geleitetes Consortium verstehen wird) erklärt werden. Wir aber sagen: Wenn die psychiatrische Ausbildung der Aerzte noch Lücken hat, so nehme der Staat endlich die Psychiatrie als Prüfungsgegenstand für alle zukünftigen Aerzte auf. Auch Stöcker spielt die Fehler der Staatsorganisation gegen den Stand aus. In welchem (christlichen?) Geiste dies geschieht, möge der Artikel lehren, den Stöcker über die Beschlüsse des Vereins deutscher Irrenärzte geschrieben hat.

—(Schluss folgt.) Sommer.

Der internationale Congress in Rom wurde wegen der Choleragefahr auf nächstes Frühjahr verschoben.

Anhang.

Erwiderung

auf die im Maihefte 1893 dieses Centralblattes sub. Nr. 271 erschienenen Bemerkungen des Herrn Dr. Jankura bezüglich meines kritischen Referates (siehe das Februarheft 1893 dieses Blattes) über seinen im „Orvosi hetilap 1892“ unter dem Titel „Ueber die antiepileptische Wirkung des Kaliauribromid“ veröffentlichten Artikels.

Wenngleich mich die harmlose und jeder positiven Beweisführung aus dem Wege gehende Schreibweise des Herrn Dr. Jankura von einer Erwiderung enthehen würde, fühle ich mich trotzdem verpflichtet, im Interesse der gerechten Sache bezüglich einiger Stellen seiner Epikrise Aufklärung zu geben. Herr Dr. Jankura ist in seiner einleitenden Bemerkung bestrebt, die Schuld der „unvollkommenen und unwissenschaftlichen“ Ausführung der Experimente und den mangelhaften Zustand der Versuchsjournale mir in die Schuhe zu schieben. Eine eigenthümliche Art der Selbstvertheidigung und Gegenargumentation! Anstatt dessen wäre es viel klüger gewesen, das Gegentheil dieser meiner Anschuldigung der Experimente zu beweisen, wie es eine sachgemässe Polemik zu erfordern pflegt. Er wirft einfach hin, dass seine Experimente vollständig auf wissenschaftlicher Basis ständen (aber warum, das bleibt er uns schuldig), wovon sich nach seiner Meinung ein Jeder überzeugen kann, wenn er die in seiner Arbeit „im Auszuge gegebenen Krankengeschichten aufmerksam durchliest“. Die Krankengeschichten habe auch ich aus begreiflichem Grunde aufmerksam durchgelesen und habe nur feststellen können, dass jedwede Angabe über jenen Theil der Anordnung der Experimente, welcher eben letztere zu unvollkommenen und unwissenschaftlichen stempelt, weder darin noch daneben enthalten ist.

Was nun die Widersprüche anlangt, die ich im Artikel des Herrn Dr. Jankura tadelte, so bemerkt letzterer, dass ein kritisirendes Auge nur einen scheinbaren Widerspruch findet, und will es damit erhärten, dass er sich über die Entstehung der Infiltrate an den Injectionsstellen in der Einleitung nur ganz „flüchtig“ in negativem Sinne äussert, während er im Resumé diesbezüglich eine positive Angabe macht. Meine diesbetreffende Meinung ist die, dass ein Gegenstand entweder weiss oder schwarz ist; ist er in der Einleitung wenn auch nur „flüchtig“ weiss, so bleibt er doch weiss. Und behaupte ich am Ende trotzdem, dass er schwarz sei, so kann ich mir den Vorwurf eines Widerspruches leicht ersparen. Nach diesem Exempel halte ich es nicht der Mühe werth, den Uebrigen nachzugehen.

Bezüglich der Schlussresultate meint Herr Dr. Jankura, dass ich seine Angaben „ziemlich genau“ citire, nur vergesse ich die näher beleuchtenden Umstände anzuführen; ich bemerke hiezu, dass das Resumé ganz von Wort zu Wort der Arbeit des genannten Herrn entnommen ist und schon ohne Hinzufügen eines „beleuchtenden“ Commentars nur zu klar die Wirkungslosigkeit des Mittels vor Jedermann ausspricht.

Den Hauptfehler der Arbeit des Herrn Dr. Jankura habe ich darin gefunden und bleibe auch jetzt dabei, dass er trotz der Misserfolge und der schädlichen Nebenwirkungen des Kaliauribromid dieses zu weiteren Versuchen empfiehlt. Hätte er die von mir gegen die Wissenschaftlichkeit und Vollkommenheit der Versuche und der Journalaufzeichnungen angeführten Bedenken berücksichtigt, so hätte er weder von einer „antiepileptischen Wirkung des Kaliauribromids“ gesprochen, noch hätte er diese Versuche für so interessant und einer Publication werth gefunden.

Ostermayer (Budapest).

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

VI. Jahrgang. 1893 October. Neue Folge IV. Band.

I. Originalien.

Zur Methodologie einer wissenschaftlichen Criminal-Anthropologie.

Von Dr. Näcke-Hubertusburg.

Ich halte es für ein Bedürfniss, einmal näher die Principien und Methoden zu betrachten, die bei criminalanthropologischen Untersuchungen nöthig erscheinen, um denselben Werth zu verschaffen. Das Meiste hiervon ist freilich schon von verschiedenen Autoren betont und z. J. ziemlich eingehend auch von mir in meinen Arbeiten, insbesondere in meinem Buch[1]) abgehandelt worden. Immerhin verlohnt es sich, die Hauptpunkte übersichtlich zusammenzustellen, auch einige andere Momente, die noch nicht oder ungenügend beachtet wurden, darzulegen.

Zunächst gilt es die Vorfrage zu lösen: Ist das Verbrechen ein sociales Phänomen oder nicht? Ist ersteres der Fall, — und die Meisten entscheiden sich dafür, — so ist jedes Bemühen, im Verbrecher eine eigene Species, eine anthropologische Varietät zu erblicken, vergeblich, nicht aber darum auch criminalanthropologische Untersuchungen überhaupt. Wir werden dann nämlich nicht mehr auf einen „Verbrechertypus“ fahnden, sondern haben die Aufgabe zu erforschen, warum die sogenannten Verbrecher leichter als Andere zum Rechtsbruche verleitet wurden und werden mussten. Daraus ergiebt sich zuerst die Nothwendigkeit einer vergleichenden Untersuchung in anatomischer, physiologischer und psychologischer Richtung. Um dieselbe aber fruchtbringend und möglichst

[1]) Näcke: „Verbrechen und Wahnsinn beim Weibe, mit Ausblicken auf die Criminal-Anthropologie überhaupt“, erscheint demnächst in Wien.

einwandfrei zu gestalten — absolut ist ja unmöglich — werden hierbei gewisse Grundsätze, die besonders Manouvrier, Houzé und ich eingehend darlegten, zu befolgen sein.

Zunächst ist eine möglichst grosse Zahl verschiedener Categorieen (Normale, Geisteskranke, Idioten, Epileptiker, Verbrecher etc.) zusammenzustellen, aus einem eng begrenzten Gebiete, um ethnischen Abweichungen nach Kräften zu steuern, besonders aber Personen auszuwählen, die demselben Stande, Bildungsniveau, Alter, Geschlecht und derselben Ernährungsweise und Körperconstitution angehören, weil sonst sofort Trübungen der Resultate eintreten müssen. Die höheren Stände speciell sind bis jetzt noch wenig untersucht worden; auch sie können nur mit ähnlichen anderen Categorieen in Vergleich gesetzt werden. Aber auch die „Normalen" hätte man weiter nach einer eingehenden Anamnese zu trennen in solche, die nicht oder nur wenig und in Andere, die stark hereditär belastet sind, wobei allerdings erst die Vorfrage zu lösen wäre, welche Momente hierbei als Belastungsmomente anzusehen sind.

Schon diese eigentlich selbstverständlichen Dinge zeigen, dass ein so stricte durchgeführter Vergleich fast zu den Unmöglichkeiten gehört und nur sehr annähernd durchgeführt werden kann, wie ich es z. B. zu thun versuchte. Die Schwierigkeiten wachsen aber noch mehr bei den physio- und psychologischen Untersuchungen, wie wir später sehen werden.

Haben wir nun das Vergleichsmaterial, wie eben gezeigt wurde, gesichtet, so gilt es weiter zu entscheiden, was unter „Degenerationszeichen" zu verstehen ist, damit die Untersuchungen überall gleichmässig geschehen können und nicht Willkürlichkeiten Platz greifen, die nur zum Schaden gereichen. Auch diese Vorfrage habe ich eingehend behandelt.

Der grösste Feind aller Untersuchungen ist nun aber der Subjectivismus und dieser muss nach Kräften beschränkt werden. Wir wissen, dass derselbe von einer Menge von Dingen abhängt und bei Jedem nach verschiedenen Umständen, Tageszeiten etc. schwankt. Desshalb haben vergleichende Untersuchungen eines und desselben (vertrauenswürdigen) Forschers, ceteris paribus, immer mehr Werth, als einzelne von verschiedenen, weil wir es dort immer nur mit demselben Subjecte zu thun haben; der Werth wird steigen, wenn die Untersuchungen rasch hintereinander geschehen, also die zu untersuchende Person sich und ihre Subjectivität noch nicht erheblich änderte. Dass weiter Erfahrung und Uebung das Urtheil nur sicherer machen werden, ist selbstverständlich. Der beste Modus dürfte aber der der Collaboration mit Andern sein. Die Objectivität wird jedoch am meisten durch passende Methoden gewährleistet und durch Aufsuchen von Verhältnisszahlen, wo es angeht, die erst feste Normen schaffen, wie wir diese z. B. in den Indices der Craniologen haben. Weiter ist zu verlangen, dass der Gang der Untersuchung und die Methoden „internationalisirt" werden, um fremde Resultate ohne Weiteres miteinander vergleichen zu können. Auch die Photographie kann gute Dienste leisten, doch müssten die Bilder deutlicher sein, als die meisten in den Werken veröffentlichten, wo oft wichtige Einzelheiten z. B. am Ohre nicht oder nur schlecht wiedergegeben sind.

Gehen wir jetzt auf Einzelnes über.

Für die Körpergrösse, Länge der Glieder etc. empfiehlt sich der Schnelligkeit und relativen Sicherheit halber am meisten das Bertillon'sche Verfahren, obgleich auch hier Fehlerquellen vorhanden sind; man denke z. B. nur daran, dass die Körperlänge im Sitzen und Stehen, in der Ruhe oder nach der Arbeit, früh und Abends variirt. Durch Uebung und besonders wenn stets dieselbe Person untersucht oder noch besser, wenn 2 Beobachter untersuchen, und wenn an einem grossen Materiale und öfters wiederholt oder stets zur selben Morgenstunde vorgenommen, werden die Untersuchungen exacter. Will man an Körperwägungen wissenschaftliche Anforderungen stellen, so hat man ungeheure Schwierigkeiten zu überwinden, wie Jeder weiss, der Wägungen an Neugeborenen zu wissenschaftlichen Zwecken vornahm. Verlangen müsste man, dass die betreffenden Personen stets zu bestimmter Stunde, nach Räumung des Darmes und nüchtern gewogen würden, vor Allem aber, dass die Waage auf ihre Richtigkeit hin fortwährend geprüft würde.

Die Abnahme der üblichen Kopfmaasse stösst bei Frauen des Haupthaares halber auf Schwierigkeiten. Auf mathematische Genauigkeit muss man hier, wie bei den meisten Untersuchungen überhaupt, verzichten. Wichtig wäre es aber, die Kopfmaasse stets in Beziehung zum Alter und zur Körperlänge zu bringen, da mit beiden Aenderungen eintreten, die z. Z. nicht unwesentlich sind und Virchow[1]) an der Möglichkeit einer Umwandlung der Dolicho- in Brachycephalie festhält, indem er auf die Schädelumbildung im Laufe der individuellen Entwicklung recurrirt.

Unsicher sind die Bezeichnungen der Kopfbildungen und zwar 1. weil es kaum möglich ist, in vivo vorzeitige Synostosen, worauf doch jene z. T. zu beruhen scheinen, zu erkennen: 2. weil sicher ähnliche Formen auch ohne Synostosen auftreten können und 3. weil bei den einzelnen Autoren bezüglich der Benennung keine Harmonie zu bestehen scheint. Spitzköpfe z. B. sind verschieden bedingt und werden oft willkürlich bald in die, bald in jene Rubrik gebracht. Vor Allem aber fehlt uns jeder Maassstab zur Beurtheilung des Grades. Wann haben wir einen Hydro- Microcephalus, einen Hoch- oder Plattschädel vor uns? Die extremen Fälle unterliegen natürlich keinem Zweifel, wohl aber die niedern Grade, wobei weiter zu bedenken ist, dass die Kopfbildungen verschiedener Volksklassen unter sich der Zahl nach verschieden sind, auch ethnische Abweichungen sind nicht ausser Acht zu lassen. In den unteren Schichten werden wir ceteris paribus viel mehr abnorme Köpfe antreffen, als in den oberen, als Ausdruck der Misère, des Milieu, welche aber hier nicht dieselbe Bedeutung beanspruchen, da selbst die dadurch eventuell bedingte oder richtiger vielleicht gesagt gleichzeitig vorhandene geistige Minderwerthigkeit, die aber wohl nur bei den höheren Graden anzunehmen ist, den Lebenskampf nicht so erschweren wird, wie dort. Noch grösser ist die Schwierigkeit bei Beurtheilung der Asymmetrie des Schädels und Gesichts, die in leichtem Grade fast normal auftritt und besser gesehen als gemessen wird. Für

---

[1]) Virchow: Crania Ethnica Americana. Berlin 1892. Ref. im Correspondenzblatt der deutschen Gesellschaft für Anthropologie etc., Nr. 1, 1893.

höhere Grade liessen sich aber recht gut Zahlenverhältnisse construiren. Mehr weniger subjectiv ist z. Z. auch die Beurtheilung der Flachheit, Steilheit des Occiput.

Schwer ist Sicheres über das Haupthaar auszusagen, über Dichte, Dünnheit etc. Ich zog hierfür öfters Frauen zu Rathe. Die Dicke des Haares lässt sich am besten am Querschnitte sehen, die Farbe, wie auch die der Iris, der Haut etc. müsste nach bestimmten Farbenskalen bezeichnet werden. — Betrachten wir jetzt das Gesicht und zunächst die Stirn. Die Schiefe ist besser als die Höhe zu messen, da die Haargrenze für letztere immer einen unsicheren Punkt abgiebt. Man müsste eine stabilere Grenze ersinnen. Die Schiefheit ist durch den Winkel gegeben, den die Linie der Stirnlänge mit der von Glabella zum Beginne des Alveolarrandes des Oberkiefers reichenden bildet; ein ganz bestimmter Winkel würde dann die sogenannte „schiefe Stirn" bezeichnen, die bis jetzt eine rein subjective Bezeichnung bildete. Schwer bestimmbar ist dagegen die Grösse der vorspringenden arcus superciliares; doch auch hier wären Winkelmaasse vielleicht möglich.

Die so wichtige Prognathie wird bisher in vivo wohl nur nach dem Ermessen notirt; hier sind Maasse gut anwendbar; am leichtesten für die alveoläre, schwieriger für die werthvollere „echte" Prognathie, die man von der anderen stets zu trennen hat, während die seltene dentale wenig in Betracht kommt.

Für die Bestimmung der Gesichtslänge gelten die Bemerkungen über die Stirnhöhe; der untere Punkt muss scharf unter das Kinn zu liegen kommen. Die Gesichtsbreite wird überhaupt die breiteste Stelle der Jochbogen begreifen, aber in richtiger horizontaler Lage. — Was bei allen Kopf- und Gesichtsmaassen Unsicherheiten schafft, ist nicht nur die nach Alter, Geschlecht, Gesundheit etc. wechselnder Dicke der Haut, sondern auch der Umstand, dass man Zirkel- und Bandmaass nicht immer gleich stark andrückt; nur wiederholte Messungen seitens einer oder mehrerer Personen schaffen einigermassen Garantieen.

Die Nase ist bisher recht stiefmütterlich behandelt worden und wartet noch ihres berufenen Biographen; es giebt noch keine genügende Eintheilung der verschiedenon Formen. Ist die Nase gerade, so lässt sich ihr Winkel zur Stirn leicht bestimmen, wobei aber immer zugleich der Winkel der Stirn zur Verticalen bezeichnet werden muss, da das Profil damit sich sofort ändert. Verläuft die Nase aber nicht gerade, so wird die Länge derselben durch die Verbindungslinie von Wurzel und Spitze gemessen und daneben die Convexität oder Concavität durch die Grösse des kurzen Radius der Ellipse. Noch andere Winkel lassen sich angeben, so für die Schiefheit, für die Höhe u. s. f. Die Entfernung der Augenspalten von der Nasenwurzel, ihre gegenseitige Lage zur Horizontalen, ihre Länge sind messbare Grössen.

Der von Vielen in den Vordergrund gestellten Wichtigkeit des Unterkiefers lässt sich durch verschiedene Maasse Rechnung tragen. Am bedeutendsten, bisher aber sehr subjectiv, ist die Symphysenhöhe. Das einzig sichere Maass hierfür ist die Beziehung zur Gesichtslänge und für die Breite ihre Beziehung zur Gesichtsbreite. Bei Beurtheilung der Progenie muss man vorsichtig sein, besonders wenn die oberen Zähne fehlen.

Das wichtige Ohr muss in einfache, von Allen anerkannte Typen rubricirt werden. Ausdrücke, wie lang, kurz, breit etc. haben zu verschwinden und dafür Zahlenverhältnisse einzutreten. Zunächst ist das Verhältniss von Ohrhöhe zur Ohrbreite, dann das der ersteren zur Gesichtslänge oder irgend einer Verticalen festzustellen, ebenso die Entfernung beider Ohren von der Nasenwurzel und von einer Verticalen anzuempfehlen. Mit Glück hat Frigerio den auriculo-temporalen Winkel zur Bestimmung des Henkelohres gemessen. Die Grösse des Ohrläppchens ist bloss in Rücksicht zur ganzen Ohrhöhe anzugeben, der Grad des Angewachsenseins durch den Winkel, den der untere Rand mit dem Unterkieferaste bildet, welch' letzterer nach Alter, Geschlecht etc. sich in der Richtung ändern wird. Zur Sicherheit sollte man ferner nur dann von „sessilem" Ohrläppchen reden, wenn jede Einlenkung beim Uebergange in die Wange fehlt.

Das Mundorgan endlich bietet meinen Erfahrungen nach noch mehr Abweichungen dar als das Ohr. Auch hier ist vorab festzustellen, was man als Degenerationszeichen ansehen will. Die Länge der Zunge ist schwer fixirbar, wohl aber die Breite. Die Grösse der Zähne wäre am sichersten nach dem Verhältnisse des vorragenden Theiles der Gesichtslänge zu bemessen, aber auch die gegenseitige Grösse der Zähne ist oft wichtig. Die Drehungen lassen sich beschreiben und messen. Hervorzuheben ist besonders auch die Figur der Zahnbögen und eventuelle Einbiegungen derselben in irgend einer Richtung, wichtig ferner sind rhachitische Zähne (geknöpft, gerieft etc.), weniger dagegen Caries, die zu allgemein ist. Die Breite und Höhe des Gaumens lässt sich angeben; den torus palatinus habe ich in vergleichender Weise am Lebenden zuerst untersucht. Zum Studium von weiteren Einzelheiten empfehlen sich Abgüsse des Gaumens.

Eine interessante Nebenuntersuchung, die bisher nur sehr selten geschah und vielfach Nachprüfung erheischt, wäre, die Erblichkeitsverhältnisse von Nase, Ohr, Mundorgan etc. aufzustellen.

Sogar bei Beurtheilung des Cranium's giebt es noch Subjectives genug. Man betrachte z. B. nur die von Kurella mitgetheilten craniometrischen Punkte[1]), um dies sofort einzusehen und sicher werden Messungen eines und desselben Schädels, von verschiedenen geschulten Anthropologen ausgeführt, kleine Differenzen aufweisen, was freilich wenig stört, wesshalb Arbeit mit dem Nonus und Fernrohr mir ziemlich überflüssig erscheint.

Wichtig ist für manche Maasse das Einstellen in eine bestimmte Horizontale, am besten wohl in die deutsche, wo es angeht. Durchaus wünschenswerth erscheint es ferner, die Schädelcapacität nach gleicher und bester Methode zu bestimmen, weil die in den verschiedenen Werken dafür angegebenen Zahlen nicht ohne weiteres vergleichbar sind, sintemal das Messen mit Sand, Erbsen, Wasser etc. verschiedene Resultate liefert, ja es ist zu verlangen, dass der crâne étalon benutzt werde, da man sehr bald merkt, wie die eigene Stopfungsdichte fortwährend schwankt und nur durch jenes Corrigens gezügelt wird. Sehr bequem und möglichst genau sind die Ausmessungen der einzelnen Maasse und Winkel nach den verschiedenen

---

[1]) Kurella: Naturgeschichte des Verbrechers. Stuttgart 1893.

mit dem Gaudenzi'schen Tachycraniographen[1]) genommenen aufgezeichneten Durchschnitte. Aber trotz aller Genauigkeit werden die Resultate trotzdem ein falsches Bild geben, da wir erstens von den Trägern der meisten Schädel nichts wissen und die sogenannten „normalen" Anatomie-Schädel bekanntlich eine Reihe pathologischer Producte enthalten oder Verbrechern angehörten, vor allem aber weil wir weder Alter, Geschlecht noch Körperlänge kennen, die doch wesentlich die Form des Schädels und Grösse des Inhalts beeinflussen. — Werthvoll wäre eine möglichst annähernd richtige und schnelle Bestimmung der Schädelcapacität am Lebenden ausfindig zu machen. — Gehirnuntersuchungen an Verbrechern haben relativ wenig Werth, so lange wir die Verhältnisse der Oberfläche am Normalen nicht genau kennen, noch weniger beim Geisteskranken. Weiter ist daran zu erinnern, dass auch am Schädel selbst noch Vieles genauer zu definiren ist, so z. B. die berühmte mittlere Hinterhauptsgrube, die, wie Debierre kürzlich zeigte, von Einigen weiter aufgefasst wurde, als es statthaft ist; sie wollen die „depressive pariéto-occipitale", die auch einer näheren Restriction bedarf.

Die übrigen Körperregionen will ich hier unberührt lassen und mich sofort zum physiologischen Theile wenden. Schwierig ist schon die genaue Prüfung der Pupillenreaction, sie sollte oft wiederholt werden, zu verschiedenen Zeiten und auf verschiedene Weise erfolgen, bei bestimmter Beleuchtung etc. Welches in concreto die erweiterte oder verengerte Pupille ist, wird nicht immer sicher zu entscheiden sein. Mit den Zirkelspitzen lässt sich die Pupillenweite annähernd messen. Der Puls muss auch oft, im Stehen und Sitzen und zu verschiedenen Zeiten gezählt werden; sphygmographische Aufnahmen sind bekanntlich schwierig und fast immer vieldeutig, desgleichen die Untersuchungen über Temperatur, Respiration und Harnqualität. Letztere können nur bei Stickstoffgleichgewicht vorgenommen werden, an einer grossen Reihe von Personen verschiedener Categorieen, und nur grosse Unterschiede können massgebend sein.

Zur Constatirung der Gefässreflexe fehlen z. Z. noch sichere Methoden; das Arbeiten mit Amylnitrit dürfte mancherlei Fehlerquellen haben, und das Vorgehen Lombroso's, die psychischen Gefässreflexe durch Vorzeigen von Geld, Waffen etc. hervorzurufen, ist als ein mehr kindliches als wissenschaftliches zu bezeichnen.

Ganz subjectiv ist die Beschreibung der Physiognomie; es wird vielleicht kaum je gelingen, feste Normen hierfür aufzustellen.

Das punctum saliens aber aller Untersuchungen bilden die der Sensibilität und Sinnesorgane. Welche Schwierigkeiten thürmen sich uns aber hier auf! Schon die so wichtige Bewusstseinshelle, die Aufmerksamkeit ist bei jeder Categorie verschieden, aber auch bei jedem Individuum und hier ausserdem fortwährend wechselnd! Aber auch Gewohnheit und Erziehung spielen eine Rolle. Dasselbe gilt von der Reflexthätigkeit. Im besten Falle können wir also nur annähernd die Ergebnisse erreichen und müssen an

[1]) Siehe hierüber die Actes du 3. congrès international d'anthropologie criminelle, tenu à Bruxelles 1892. Bruxelles 1893.

grossem Materiale verschiedener Klassen unter möglichst gleichen Umständen und oft wiederholt arbeiten, um einigermassen sichere Schlüsse zu ziehen und nur grosse Unterschiede können von Belang sein.

Die Augenschärfe lässt sich objectiv durch den Augenspiegel erkennen, die perimetrischen Untersuchungen sind dagegen mit grosser Reserve hinzunehmen, um so mehr, je mehr cerebral afficirt der zu untersuchende war und je ungebildeter. Auch Prüfungen auf den Farbensinn sind nicht so einfach und eindeutig, seitdem man neuerdings denselben ganz oder theilweise von der Erziehung und Gewohnheit abhängig aufstellte.

Gehörsprüfungen sind bekanntlich sehr schwierig und nicht immer einwandsfrei und die Methoden noch nicht fein genug; dies gilt noch viel mehr vom Geruch und Geschmack.

Eines der schwierigsten Kapitel bilden ferner sichere Untersuchungen der verschiedenen Hautsensibilitätsqualitäten und Reflexe. Fortwährend tauchen neue Instrumente und Methoden auf, zum Beweise dafür, wie unvollkommen Alles bisher war und damit die erzielten Resultate. Auch hier spielt besonders die Aufmerksamkeit eine grosse Rolle. Das Material muss ein grosses und homogenes sein, alle Nervenkranken sind auszuschalten, die Untersuchungen sind wiederholt und unter verschiedenen Umständen vorzunehmen, weil bei jeder Person Schwankungen sich zeigen, wie dies ja auch von den Reflexen, besonders des Knies, bekannt ist. Nur Durchschnittszahlen einer Reihe von Beobachtungen an derselben Person sind massgebend. Electrische Experimente ohne Galvanometer sind werthlos. Stets ist die eingeschlagene Methode genau anzugeben.

Am complicirtesten aber sind Beobachtungen der Psyche und hierzu genügt nicht der einfache Menschenkenner und Psychologe, sondern es bedarf vor Allem des Psychiaters, der besser als jeder Andere die verschiedenen Abweichungen des Geistes zu beurtheilen vermag, wie zu obigen physiologischen Erhebungen Physiologen von Fach oder Specialisten die geeignetsten sind. Es gehört aber nicht bloss eine genaue Kenntniss des gesunden und kranken Geisteslebens dazu, sondern auch nicht weniger der Abweichungen beider unter verschiedenen socialen oder anderen Verhältnissen. Hier gilt es stricte die einzelnen Categorieen auseinanderzuhalten, da fast jede eine eigen gefärbte Psychologie besitzt. Um z. B. die Verbrecherseele genau kennen zu lernen, muss man die Psychologie der entsprechenden unteren Stände, denen die Recidinisten meist angehören, studiren; man wird dann sehen, dass hier nur quantitative, keine principiellen Unterschiede bestehen, worauf namentlich Baer wiederholt hinweist, dass es also eine specifische Verbrecherpsychologie eigentlich nicht giebt, sondern dass eine Stumpfheit aller Eindrücke, so auch die der ethischen Gefühle, des Gewissens etc. in den unteren Ständen sehr häufig angetroffen wird, wenn auch vielleicht nicht so oft, wie dort, was aus dem verwahrlosteren Zustande, der grösseren erblichen Belastung und häufigen geistigen Minderwerthigkeit der Verbrecher sich erklärt. Aehnlich ergeht es mit dem Intellect, der nur mit jenem des gemeinen Volkes zu vergleichen ist und auch hier wird man finden, dass derselbe sich meist auf niederer Stufe befindet, als bei den höheren Ständen, theils als Folge des Milieus, theils der Auslese. Natürlich ist Intelligenz nicht ohne weiteres mit Bildung, d. h. Ansammeln von wissenswerthen

Dingen zu identificiren. Leider fehlen exacte nicht zu complicirte Methoden zur Prüfung der Intelligenz fast ganz; für gewisse Qualitäten versprechen psychologische Experimente viel, die freilich nicht Jeder vornehmen kann. —

Sehr schwierig ist auch das Eingehen auf die ethische Sphäre. Was uns als Depravation von Jugend auf erscheint, ist oft nur secundär durch die Verhältnisse bedingt. Nur selten kennen wir die Anamnese eines Verbrechers z. B. so eingehend, um primären oder secundären ethischen Defect sicher zu stellen. Bekanntlich weiss man von den meisten Verbrechern bezw. ihrer Personalgeschichte herzlich wenig. Man darf also mit der Diagnose der „moral insanity“ (im alten Sinne) nicht allzuschnell bei der Hand sein! Wie ferner feste Normen durch bestimmte Methoden zur Abgrenzung von „guter, schlechter“ Intelligenz nöthig sind, so auch bezüglich der ethischen Qualitäten. Alle Urtheile sind hier z. Z. rein subjectiv und willkürlich. Was heisst gute, schlechte Führung? Genügt eine uneheliche Schwängerung, um einem Mädchen ohne weiteres das Prädicat „unsittlich“ zu ertheilen? Ist Tripper oder Lues ein Beweis von Depravation? Von wann ab sollen wir bei einem Individuum von Alcoholismus reden? Was ist Degenerescenz, was erbliche Belastung? Kann man stricte beweisen, dass Jemand geisteskrank wurde, weil Vater und Mutter irrsinnig waren? Nie und nimmer; nur eine Wahrscheinlichkeit liegt vor, eine Möglichkeit. Bezüglich der ursächlichen Momente der Psychosen wird man stets vorsichtig sein, da man nur selten mit positiver Sicherheit wird sagen können: Dies oder jenes war die Ursache. Wir kennen zunächst meist viel zu wenig die Anamnese des Kranken und dann sind meist mehrere Ursachen da, wobei nicht einmal immer prädisponirende und determinirende in concreto zu trennen sind.

Doch genug der Fragen und Probleme! Man wird mir wohl zugeben, dass die angedeuteten Desiderata — es sind natürlich noch lange nicht alle angegeben — nicht zu weit gehen, dass nur ihre Erfüllung einen wahren Fortschritt bedeutet und zum grössten Theile wenigstens möglich ist, dass aber endlich bei der ungeheuren Ausdehnung unseres Gegenstands Arbeitstheilung durchaus erforderlich wird und die so schwierigen und heiklen Untersuchungen am besten von Specialisten vorgenommen werden, aber stets in vergleichender Weise.

Man sieht aber weiter aus Obigem, dass bisher kein einziges criminalanthropologisches Werk obigen Erfordernissen im Ganzen, öfter annähernd wohl im Einzelnen, entspricht, überall der Subjectivismus Triumphe feiert, am meisten freilich bei Lombroso, der nur selten von Scrupeln geplagt wird und mit beneidenswerther Sicherheit Zahlen auf Zahlen anhäuft und darauf pocht, — der Statistik, dieser feilen und gefährlichen Dirne, nur zu sehr traut, kühn daraus seine Schlüsse zieht und sie nicht etwa als Privatmeinung hinstellt, sondern meist als Wahrheit verkündet. Welchen wirklichen Werth alle seine Zahlen und Tabellen haben, lässt sich aus Obigem ermessen und wie viele seiner sogenannten Thatsachen geradezu falsch sind, muss Jeder kennen.

Noch seien aber einige weitere Bemerkungen erlaubt. Bekanntlich ist der Atavismus ein beliebtes Schlagwort und alles Mögliche wird herbeigezogen, um diesem Götzen zu opfern. Nun ist aber gerade die Lehre des

Atavismus eine äusserst heikle, die endgiltig, meines Erachtens nach, nur von vergleichenden Anatomen, Embryologen, Zoologen und allenfalls von Fach-Anthropologen entschieden werden kann, nie aber von Laien, wozu ich Herrn Lombroso, Andere und mich zähle. Es gehört eine solch' ungeheure Kenntniss der ganzen Entwicklungsgeschichte, vergleichenden Anatomie und Zoologie dazu, dass ein ausserhalb dieser Disciplinen Stehender kaum mitreden darf oder höchstens nur seine unmassgebliche Meinung äussern. Sind ja sogar die betreffenden Specialisten unter sich in gewissen Punkten uneins, und vor Allem, wie soll man unterscheiden, ob eine Bildung in concreto wirklich einen Atavismus darstellt oder nur eine Hemmung aus irgend einem Grunde? Selbst aber, wenn ersteres bewiesen werden könnte, woran ich stark zweifle, wird doch ein einziges Zeichen den Träger im Allgemeinen noch nicht als atavistisch hinstellen, sondern nur eine Reihe solcher. Aber auch über „socialen und psychischen Atavismus", wenn man diese Ausdrücke überhaupt gebrauchen darf, haben nicht die Criminal-Anthropologen zu entscheiden, sondern nur vollwichtige Völkerpsychologen, wie Bastian, von Andrian und einige Wenige.

Wie gefährlich es weiter ist, aus einseitigem Materiale psychologische Deductionen zu construiren, zeigt Lombroso's Vorgehen in Sachen der Tätowirungen und des Rothwälsches. Baer hat eben erst an seinem riesigen Materiale gezeigt, dass es sich bei den Zeichnungen der Verbrecher meist um Handwerkszeichen handelt; diese sind also zur Psychologie kaum verwendbar; ein Gleiches dürfte von den Gefängnissinschriften gelten, und Sprichwörter heranzuziehen zur Bekräftigung gewisser Thatsachen ist unwissenschaftlich, da sie meist nur Halbwahrheiten darstellen. Wenn man ferner das „Rothwälsch" näher betrachtet, so dürfte man ganz ähnliche psychologische Momente fast in jedem Berufsjargon, der nur einigermassen ausgebildet ist, wieder finden.

Ich halte es geradezu für ein Unglück, dass Lombroso die Ausarbeitung seiner z. T. gewiss fruchtbaren und geistvollen Ideen selbst in die Hand nahm. Hätte er für dieselben einen Darwin, Virchow oder Ranke gefunden, so würde sicherlich die Spreu vom Weizen von vornherein getrennt worden sein. Die Werke Lombroso's entsprechen mit ihren Willkürlichkeiten, Uebertreibungen, voreiligen Schlüssen etc. keineswegs den Ansprüchen, die wir an wissenschaftliche Bücher zu stellen haben und dies neben der bisherigen Unexactheit der Untersuchungsmethoden in der Criminalanthropologie überhaupt mag es verschuldet haben, dass in Deutschland so wenig Forscher sich mit der Sache beschäftigten und die meisten Gelehrten nach Lectüre der Lombroso'schen Werke keinerlei Lust verspürten, die Angelegenheit selbst zu prüfen; erst in letzter Zeit haben wir Deutsche durch Baer und Kurella wichtige Werke über die Criminalanthropologie erhalten und gerade das Buch Baer's zeigt so recht, was wir unter ernster Wissenschaft verstehen. Man vergleiche weiter nur eine Schrift Darwin's resp. Virchow's, um sofort einzusehen, wie sehr Lombroso ihnen in jeder Hinsicht noch nachsteht.

Freilich gebe ich mich noch nicht der Illusion hin, dass meine Ausführungen den genannten Herrn überzeugen werden, ist dies ja wohl überhaupt noch keinem Irdischen gelungen! Noch sein neuestes Werk: die Donna delinquente etc.

zeigt hinreichend, dass bei ihm alle Einwendungen der bedeutendsten Männer nichts fruchteten und sollte er ja noch ein weiteres, einschlägiges Werk schreiben, z. B. „das Kind als Verbrecher“. so wird er von Neuem, mehr als wahrscheinlich, seine alten Ideen wiederholen. Zum Glück aber schreitet die Zeit und die Wissenschaft unentwegt weiter und wird ihm, wie ich und die meisten hoffen, Unrecht geben. Schon schwindet das Häuflein der Getreuen zusehends zusammen und selbst der vielleicht geistreichste und gelehrteste Vertheidiger Lombroso's, unser Kurella, wird schwerlich vermögen, den morschen Bau des Lombrosianismus zu stützen. Wo bleiben also, frage ich, seine „trionfi“, auf die L. so stolz ist, wo seine „Thatsachen?“ Auf Thatsachen aufzubauen ist freilich die Methode eines jeden exacten Forschers, es kommt aber darauf an, sie sicher hinzustellen und dann richtig zu verwerthen, was beides bei Lombroso leider nur zu oft anfechtbar ist.

Criminalanthropologische Untersuchungen sind, ich wiederhole es, nach oben skizzirten Verbesserungen der Methoden mit frischen Kräften und allerseits in Angriff zu nehmen. Freilich lässt sich voraussehen, dass, so sehr sie im Einzelnen unser Wissen fördern werden, sie das allgemeine Resultat, zu dem die meisten Autoren gelangt sind, nur bestätigen werden, trotz Lombroso's und seiner Getreuen. Das Credo aber lautet folgendermassen:

Es giebt keinen geborenen Verbrecher, keinen Verbrechertypus; letzterer ist ein Degenerationstypus, Criminal-Anthropologie daher „Degenerations-Anthropologie“, die sogen. Degenerationszeichen nehmen an Zahl zu von den Normalen zu den Geisteskranken, Idioten, Epileptikern und Verbrechern hin, das Verbrechen ist eine sociale Erscheinung, geht desshalb die eigentliche Anthropologie nichts an; der Verbrecher ist neben individueller Disposition, die kein Mensch leugnet, vorwiegend das Product der äusseren Verhältnisse, des milieu, im engen und weitern Sinne, das sogar in letzter Instanz zur Erklärung des individuellen Factors vielleicht mit herangezogen werden kann.

II. Bibliographie.

484) Prof. Dr. **Mich. v. Lenhossék**-Basel: Der feinere Bau des Nervensystems im Lichte neuester Forschung.
(Berlin, Fischer's Med. Buchhlg. 1893.)

Den Aufbau des Rückenmarks, wie er sich mittels der Golgi'schen Methode bei Untersuchung vom nicht vollkommen entwickelten Rückenmark darstellt, schildert Lenhossék im vorliegenden Buch. Die Darstellung basirt auf Untersuchungen, die vom Verfasser und anderen Forschern angestellt wurden und durch die es gelang, sowohl strittige Fragen sicher zu entscheiden, als auch bisher unbekannte Verhältnisse aufzudecken. Dass gerade Untersuchungen am noch nicht vollständig entwickelten Marke so sichere Resultate geben, ist eine Entdeckung Ramon y Cajal's und beruht auf dem Markscheiden-Mangel der Nervenfasern. Dadurch nämlich, dass die Markscheiden mit der Osmiumsäure eine organische Verbindung eingehen,

hindern sie den Zutritt der Imprägnirungsflüssigkeit zum Axencylinder. Ein Haupterforderniss zum Gelingen der Färbung ist möglichst frisches Material. — Die Technik ist folgende: Menschliches Rückenmark wird in 3—4 mm langen Stückchen in das Gemisch von 1% Omiumsäure und 3,5% Kali bichrom. Lösung im Verhältniss von 1 : 4 eingelegt. Je nachdem man die verschiedenen Bestandtheile färben will, ist die Einwirkungszeit verschieden. Nach L. ist die beste Zeit für Neuroglia 2—3 Tage, für Nervenzellen 3—5 Tage, für Fasern und Collateralen 5—7 Tage. Das Gefäss muss im Dunkeln bei ca. 25° C. stehen. Die einmal gebrauchte Lösung ist unbrauchbar. Die Mischung wird am besten direct vor dem Gebrauch hergestellt. Es folgt schnelles Abspülen in aq. dest, dann Einlegen in 0,75% Argent. nitr.-Lösung. Dunkelstellen ist unnöthig, Aufenthalt im Wärmeschrank schädlich. Die Stücke bleiben 2—6 Tage in der Lösung, nicht länger. Sind die Stücke nicht hart genug, so folgt $^1|_4$—$^1|_2$stündiges Nachhärten in abs. Alcohol. Geschnitten wird entweder ohne weiteres zwischen Hollundermark, oder die Stücke werden auf ca. 5 Minuten in Celloidinlösung gelegt, dann zwischen Hollundermark eingeklemmt, auf 5 Minuten in 80% Alcohol gebracht und dann geschnitten. Die Schnitte sollen 0,07—0,1 mm dick sein. Es folgt schnelles Entwässern in Alc. als., Aufhellen in Nelken- oder Bergamottöl, kurzes Eintauchen in Xylol, Uebergiessen mit Xylol-Damarlack. Schnell trocknen lassen (ev. Brütschrank bei 40° C.) Staubfrei aufbewahren, da Deckglässchen nicht benutzt werden können. — Die Nervenfasern erscheinen glatt und von gleichmässigem Caliber. Es färben sich nicht alle Elemente, so dass die Bilder ausserordentlich scharf und übersichtlich werden. Vielleicht beruht die verschiedene Färbbarkeit auf functionellen oder nutritiven Verschiedenheiten. Am seltensten färben sich die motor. Vorderhornzellen und die Clarke'schen Säulen tadellos, ebenso die Zellen der oberflächlichen Schicht der Grosshirnrinde und noch einige andere Zellsorten.

Die Golgi'schen Präparate sind haltbar. — Es folgen dann specielle Angaben über die Behandlung der verschiedenen Theile der Centralorgane, sowie anderer nervöser Organe verschiedener Thiergattungen. Ueber die Anatomie der Nervenzelle hat die Golgi'sche Methode folgende sichere Aufschlüsse gegeben: Die Dendriten (Protoplasmafortsätze) gehen keine Anastomosen untereinander ein, sondern alle ihre Ausläufer endigen frei. Es handelt sich also um keine Netzbildung, sondern um einen dichten Filz von Fasern. Die Entwicklungsgeschichte zeigt, dass die Dendriten jedesmal aus einer Zelle hervorwachsen und sich nach allen Richtungen hin ausstrecken. Beim Menschen fällt die Entwicklung der Dendriten in die 2.—3. Woche. Jede Nervenzelle ist in allen ihren Theilen ein selbstständiges Individuum, da auch die Nervenfortsätze der einzelnen Zellen kein wirkliches Netz bilden. Fast alle Zellen des Centralorgans haben nur einen Nervenfortsatz, der sich dadurch characterisirt, dass er einen kleinen Ursprungskegel besitzt und sich scharf vom Zellkörper absetzt, dem er entweder direct oder von einem protoplasmatischen Stämmchen aus entspringt. Er ist glatt und scharf contourirt. Eine Schwann'sche Scheide fehlt den Nervenfasern des Centralorgans durchgehends. Die 2 von Deiters aufgestellten Zelltypen bestehen zu recht, nämlich Zellen mit einem Fort-

satz, der direct in eine Nervenfaser übergeht (Typus I) und Zellen, deren Nervenfortsatz sich nach kurzem Verlauf, noch in der grauen Substanz, in seine Aestchen aufsplittert (Typus II). Eine Modification des Typus II stellen die Zellen dar, bei denen es zur Bildung einer dunkelrandigen Nervenfaser überhaupt nicht kommt, sondern der Nervenfortsatz sich gleich in ein mehr oder weniger ausgesprochenes Gewirr von feinen Aestchen auflöst. Die Zellen des Typus I geben auch zum Theil gleich im Anfang rechtwinklig abgehende Collateralästchen ab (Purkingé'sche Zellen, Pyramidenzellen der Grosshirnrinde, Strangzellen des Rückenmarks). Die Seitenfibrillen sind bei den motorischen Vorderhornzellen nicht so häufig, wie Golgi angab. Der Zellfortsatz von Typus I theilt sich oft nach dem Eintritt in die weisse Substanz in einen auf- und einen absteigenden Ast oft auch schon innerhalb der grauen Substanz. Diese T-förmige Theilung kann sich noch öfter wiederholen. Die Annahme von Golgi, dass die Zellen des Typus I motorischer, die des Typus II sensibler Natur seien, bestätigt sich nicht, ebenso wenig die Annahme eines wirklichen Netzes, gebildet durch die Endreiserchen des Typus II. Alle Endreiserchen aller Nervenzellen enden vielmehr frei entweder mit Spitzen oder feinen Kölbchen. Zwischen beiden Typen existiren zahlreiche Uebergangsformen. — Auf Grund vergleichender und entwicklungsgeschichtlicher Forschung schliesst sich L. der Ansicht an, dass alle Fortsätze der Nervenzellen gleichwerthig sind und somit nur eine Eintheilung in Haupt- und Nebenfortsätze statthaft ist. Alle Nervenfasern des Körpers sind directe Fortsätze von Nervenzellen. Die sensiblen Fasern haben ihren Ursprung in den Spinalganglien, von wo sie nach der Peripherie und dem Mark hinwachsen. — Es finden sich einfache, bipolare und vielleicht auch multipolare Ganglienzellen. Die Beziehungen der Nervenzellen untereinander gleich denen zu peripheren Organen bestehen stets in einem innigen Contract, nie in Verwachsung.

Die Anatomie der Neuroglia wird folgendermassen geschildert. (Die Untersuchungen beziehen sich in der Hauptsache auf die Neuroglia des nicht vollkommen entwickelten Markes). Das Ependymgerüst zeigt sich in der Art, dass von dem basalen Ende der den Centralkanal umgebenden Ependymzellen je ein glatter, nervenfaserähnlicher Fortsatz ausgeht, der bis zur Peripherie hinziehend, dort mit einer kleinen Verdickung endigt, nachdem in der Regel nicht weit von dem Ende eine spitzwinklige Gabelung in 2—3 Aeste stattgefunden hat. Eine reichlichere Verzweigung kommt nur den Fasern zu, die sich am medialen, der vorderen Fissur zugekehrten Theile der Vorderstränge ausbreiten. Die Zahl der Ependymzellen ist eine beschränkte, die Anordnung radiär, die seitlichen Fasern ziehen in weiteren Abständen. In der Gegend der vorderen Fissur sind die Fasern meridianartig angeordnet als vorderer Ependymkeil. Diese Anordnung erklärt sich aus der Entwicklungsgeschichte. Hinten bilden die betr. Fasern einen schwächeren hinteren Ependymkeil und vereinigen sich dann zu einem Bündel, dem hinteren Ependymstrang (Septum posterius), das mithin keine Einsenkung der Pia darstellt. Das Rückenmark besitzt hinten demnach keinen Spalt, sondern nur einen Sulcus. Die Hinterhörner und Hinterstränge besitzen mit Ausnahme des Ependymstrangs keine Ependymfasern, was durch die bei der Entwicklung des Markes stattfindende Verlötung des

Centralkanals im hinteren Theile seine Erklärung findet. An der dem Centralkanal zugekehrten freien, mit einem Cuticularsaum versehenen Ende besitzt die Ependymzelle ein Stiftchen (kein Flimmerhaar). Ob die Anordnung der Ependymfasern im späteren Leben bestehen bleibt, ist ungewiss. Die Richtung der Fasern ist bestimmend für die Anordnung der übrigen Gliaelemente. Betreffs der Gliazellen werden die früheren Schilderungen bestätigt. Jedoch stellt jede Gliazelle mit ihren Fortsätzen ein unabhängiges Gebilde dar. Jede Zelle besitzt beim Menschen neben den secundären Verästelungen einen Hauptfortsatz, der nach der Oberfläche zieht und dort mit einem Terminalklümpchen endigt, nachdem er sich in 3—4 Aeste getheilt hat. Der Fortsatz ist im Bereiche der grauen Substanz mit feinen Fäserchen besetzt, in der weissen Substanz aber glatt wie die Ependymfaser. Je weniger ausgebildet das Mark, um so mehr tritt der Hauptfortsatz neben den kleineren secundären Verästelungen hervor. Später treten die secundären Aeste wieder in den Vordergrund, vereinigen sich zu Bündelchen und bilden mit eingestreuten Gliazellen die Gliasepta, die also mit der Pia nichts zu thun haben und keine elastischen Fasern sind. An der Oberfläche des Markes bilden die Endklümpchen eine schmale Gliarinde. In den verschiedenen Regionen des Rückenmarks bestehen grosse Verschiedenheiten in der Glia-Anordnung. So sind die Zellen der Subst. gelatinosa centralis und die im Vorderhorn vollkommen verschieden gebaut und haben eine typische Anordnung der Fortsätze, desgl. die in der Gegend der hinteren grauen Commissur und der Subst. gelat. Rolando, deren eigenthümliches Aussehen und Verhalten bei Färbungen auf der Eigenthümlichkeit ihrer Gliazellen und -Fasern zu beruhen scheint. Die Zellen der weissen Substanz zeichnen sich durch zahlreiche, bis an die Pia herantretende Fortsätze aus, ihre secundären Fortsätze sind oft stärker als die peripheren. Die Gliafaserung ist eine ausschliessliche Bildung des Ectoderms und die Pia spielt bei dem Aufbau der Stützsubstanz des Rückenmarks keine Rolle. — Ob neben den Fasern noch eine irgendwie beschaffene Grundsubstanz besteht, lässt sich noch nicht entscheiden.

Die Anatomie der nervösen Elemente stellt sich mittels der Golgi'schen und Weigert'schen Methode am Marke menschlicher Embryonen folgendermassen dar: Die Fasern der motorischen Wurzeln entstehen ausschliesslich aus den grossen motorischen Vorderhornzellen derselben Seite. Diese Zellen besitzen eine sehr reiche Verästelung der Protoplasmafortsätze und grosse Zellkörper. Die Anordnung der Aeste der Fortsätze variirt beim Menschen je nach den einzelnen Zellgruppen desselben Querschnitts. Es finden sich zwei Typen: Zellen mit ungefähr gleichmässiger Anordnung der ausstrahlenden Fortsätze und solche mit mehr bilateralem Ursprung. Die Verästelungen beschränken sich in der Regel auf die graue Substanz. Die vordere Commissur entbehrt meist der Dendriten. Der Nervenfortsatz entspringt häufiger als direct vom Zellleib, von einem protoplasmatischen Stämmchen und geht im Bogen oder mit winkliger Knickung durch den Vorderstrang in die vordere Wurzel. Häufig finden sich schon in der grauen Substanz in der Nähe des Ursprungs des Nervenfortsatzes spärliche Seitenzweigchen (motorische Collateralen). Diese motorischen Collateralen ziehen nach rückwärts und enden frei, einfach oder in zwei Aestchen

getheilt. — Die Zellen der Spinalganglien sind spindelförmig-bipolare Zellen, die in den Verlauf der sensiblen Fasern eingeschaltet sind. Die unipolaren Zellformen sind wie die Entwicklungsgeschichte und vergleichende Anatomie zeigt, als bipolar aufzufassen, indem die ursprünglich getrennten Fortsätze mit einander verschmolzen sind, so dass der Y-förmig sich theilende Fortsatz beide Fasern enthält. Apolare Zellen existiren nicht. Der Fortsatz bekleidet sich in der Nähe der Zelle mit einer Markhülle, Schwann'scher und Xenle'scher Scheide, welch' letztere eine Fortsetzung der bindegewebigen Zellhülle ist. Die Y-förmige Theilung erfolgt im Niveau einer Ranvier-schen Einschnürung. Die 2 Axencylinder treten zunächst nackt aus und zwar sind beide zusammen so stark wie der sich theilende Fortsatz. Sie ziehen dann im Bogen nach Peripherie und Centrum. Die Thatsache, dass die centrale Faser häufig die schwächere ist, beweist nicht, dass die peripher ziehende Faser der Hauptfortsatz und die nach dem Rückenmark ziehende der Nebenfortsatz wäre. Die centrale Faser theilt sich nach dem Eintritt in das Rückenmark Y-förmig in einen stärkeren aufwärts und einen schwächeren abwärts ziehenden Fortsatz, die beide in den Hintersträngen verlaufen. Ueber die Länge der Fasern giebt die experimentelle und pathologische Anatomie Aufschluss, indem eine eintretende Degeneration sich nach unten nur auf kurze Strecken verfolgen lässt, nach oben dagegen bis zum Calamus scriptorius hinauf. Die einzelnen Fasern sind verschieden lang, die längsten verlaufen hauptsächlich in den Goll'schen Strängen. Die Fasern endigen in Gestalt freier Endbäumchen, die sich zwischen den Nervenzellen der grauen Substanz verästeln. Es ergiebt sich dies als Analogieschluss aus dem Verhalten der Collateralen, die von den Längsfasern in ungefähr gleichen Abständen rechtwinklig entspringen, im Querschnitt des Rückenmarks verlaufen und meist mit einer Markscheide versehen sind. Die Endzweigchen, die meist durch fortgesetzte dichotomische Theilung zu Stande kommen, umspinnen die Ganglienzellen ihres Gebietes und sind in der Regel nackt. Die Collateralen treten meist am medialen Rande der Hinterhörner vor der Substancia gelatinosa Rolandi zu einem Bündel zusammen. Die Endigung findet fast in allen Theilen der grauen Substanz der gleichen Markhälfte statt. Ein ganz kleiner Theil geht durch die hintere Commissur in das gekreuzte Hinterhorn hinüber. Die Collateralen enden meist im Bereich der Hinterhörner und der mittleren Abschnitte der grauen Substanz, nur wenige in der Substantia Rolandi. Einige der die Substantia Rolandi durchsetzenden Fasern scheinen noch ungetheilte sensible Fasern zu sein, die sich erst weiter vorn theilen. Nach den Vorderhörnern begiebt sich ein grosser Theil der Fasern. Die Clarke'schen Säulen enthalten in den Gebieten ihrer stärksten Entwicklung den grössten Theil aller sensiblen Collateralen. In der vorderen Commissur sind keine Collateralen. Die betreffenden Kerne des Centralnervensystems stellen stets Endigungsgebiete der sensiblen Fasern dar, deren Ursprung die Spinalganglien bilden. — Als Eintheilungsprincip für die Nervenzellen muss das Verhalten des Nervenfortsatzes angesehen werden. Die motorischen Zellen bilden eine Gruppe für sich. Sie vermitteln direct den Aussenverkehr, sind ausschliesslich im Vorderhorn derselben Seite localisirt und bilden im obersten Hals- und Brustmark einen zusammenliegenden Complex, während sie im

Bereich der Anschwellungen eine medial-vordere und lateral-hintere Gruppe bilden. Alle übrigen Zellen dienen dem „Binnenverkehr“ des Rückenmarkes. Zellen mit langem Fortsatz (Strangzellen) sind die Commissurzellen, die im medialen Winkel des Vorderhorns liegen, mehr oder weniger scharfumgrenzte Gruppen bilden und ihren Nervenfortsatz durch die vordere Commissur in die graue Substanz der gekreuzten Seite schicken. Meist sind sie kleiner als die motorischen Vorderhornzellen. Der Nervenfortsatz begiebt sich in den Vorderstrang und schlägt dort eine aufsteigende Richtung ein. Ab und zu zeigen sich T-förmige Theilungen in 2 Aeste, deren einer eine auf-, der andere eine absteigende Richtung einschlägt. Eine weitere Verzweigung findet in der Regel nicht statt. Einen langen Fortsatz besitzen ferner noch die Strangzellen des Vorder- und Seitenstranges. Sie bilden die Mehrzahl und sind über die ganze graue Substanz des Rückenmarks vertheilt mit Ausnahme der Stellen, an denen sich die motorischen und Commissurzellen befinden. Eine bestimmte Form ist ihnen nicht eigen. Der Fortsatz verläuft ungetheilt oder getheilt so, dass entweder die einzelnen Aeste dicht bei einander in demselben Strang münden, oder der eine zum Vorder-, der andere zum Seitenstrang zieht. Ob der eine auf-, der andere absteigende Richtung einschlägt, ist nicht sicher. Die Nervenfortsätze nehmen oft im weiteren Verlauf an Caliber zu. Die näheren Einzelheiten über Lage, Verlaufsrichtung des Nervenfortsatzes müssen im Original nachgelesen werden, da eine Darstellung ohne Abbildung nicht gut möglich ist. Die Zellen der Clarke'schen Säulen stehen in Beziehung zum Seitenstrang und haben mit dem Hinterstrang nichts zu thun. Hinterstrangszellen sind spärlich aber sicher vorhanden und besitzen ebenfalls lange Fortsätze. Zellen mit kurzem Fortsatz nach Golgi'schem Typus mit Aufsplitterung innerhalb der grauen Substanz finden sich nur im medialen Gebiet der Wurzel der Hinterhörner. Bei den in die graue Substanz einstrahlenden Fasern aus den übrigen Strängen handelt es sich ebenso wie bei den sensiblen Fasern meist um Collateralen, deren Verhalten, was die Art der Endigung anlangt, im Allgemeinen dem der sensiblen gleicht. Die Collateralen des innersten Theiles der Vorderhörner, der die Fissur begrenzt, gehen meist zu den Commissurzellen der Vorderhörner. Die der lateralen Abtheilung des Vorderstranges strahlen hauptsächlich in die motorische Zellgruppe ein, dessgleichen die des Gowers'schen Strangs. Die der Hauptabtheilung der Seitenstrangbahn (incl. Pyramidenseitenstrangbahn?) stehen ebenfalls zu den Vorderhornzellen in Beziehung, doch senden die Seitenstränge auch zahlreiche Fasern in die übrigen Theile der grauen Substanz. — Neben den im Vorstehenden referirten Befunden werden noch zahlreiche Ergebnisse von Untersuchungen am Rückenmark etc. der verschiedensten Thiere mitgetheilt. Reichliche zum kleineren Theil schematische Abbildungen erhöhen die Verständlichkeit des interessanten Buches. C. Fürer-Heidelberg.

485) **Reinhard Otto:** Untersuchungen über Sehnervenveränderungen bei Arteriosclerose. Mit 4 Tafeln in Lichtdruck nach Photogrammen. (Berlin. Julius Springer. 1893. Preis 5 Mark.)

Die Arbeit stützt sich auf das in der Dalldorfer Männer-Siechen-Abtheilung innerhalb zweier Jahre gesammelte Material von 6 leichteren und

15 schwereren Fällen von Arteriosclerose der basalen Gefässe (Carotis interna und Arteria ophthalmica). Den dadurch bedingten Sehnerven-Veränderungen werden zum Vergleich 3 Fälle von angeborenen Formanomalien der Sehnerven gegenübergestellt.

Die anatomischen Veränderungen am Nerven kommen niemals durch Entzündung, sondern lediglich mechanisch, durch den Druck der unter dem Nerven verlaufenden und diesen nach oben, gegen die Umrandung desCanalis opticus andrängenden Gefässe zu Stande und bestehen, je nach der Grösse der auflagernden Gefässe, theils in vollständiger Abplattung, theils nur in Einkerbungen des Nerven. Entsprechend der macroscopischen Abplattung des Nerven findet sich microscopische Abplattung gewisser Gruppen von Nervenbündeln und ihrer Septen, Veränderungen, wie sie ähnlich auch bei angeborenen Formanomalien der Sehnerven vorkommen. Während nun aber bei letzteren die abgeplatteten Bündel theils ganz unregelmässig zerstreut, theils in radiärer Anordnung auf dem Querschnitt des Nerven sich finden, betrifft bei der Arteriosclerose die Abplattung zunächst die central im Nerven (also in der Mitte der die Kerbe mit der oberen Umrandung des Canalis opticus verbindenden Verticalen) gelegenen Bündel und schreitet von da einmal seitlich in einem nach unten concaven, concentrisch zu der Einkerbung verlaufenden Bogen, sodann senkrecht nach oben und unten, längs der genannten Verticalen, fort. Bei höheren Graden von Gefässdruck verfallen die Nervenfasern in den abgeplatteten Bündeln der Atrophie, gewöhnlich in der Reihenfolge, dass zunächst wieder nur die central gelegenen in einem späteren Stadium alle in der genannten Verticalen gelegenen Bündel atrophisch gefunden werden, „während die seitlich davon befindlichen Bündel in einem bestimmten Bogen nur mehr oder weniger abgeplattet sind und die übrigen auch hierbei noch ihre runde Form bewahrt haben.“ In einem dieser schweren Fälle liessen sich auch in dem auf- und absteigenden Theil des Sehnerven atrophische Veränderungen nachweisen und hatte ophthalmoscopisch graue Verfärbung der temporalen Papillenhälfte bestanden. Der Mann war allerdings Potator gewesen.

Heddaeus (Essen).

---

486) **H. Obersteiner:** Die Lehre vom Hypnotismus; eine kurzgefasste Darstellung.

(Deuticke, Leipzig und Wien 1893.)

Obersteiner unternimmt es in obiger Schrift, unter Zugrundelegung früherer Publicationen, in möglichster Kürze den gegenwärtigen Stand der Lehre vom Hypnotismus zu characterisiren und die verschiedenen Seiten dieser Frage kritisch zu beleuchten. Die Schrift entspricht trotz ihres knappen Umfanges (62 S.) nicht nur ihrem Zwecke in trefflicher Weise, soweit es sich um die Aufklärung des für den Hypnotismus sich interessirenden practischen Arztes handelt; sie dürfte auch die Beachtung Derjenigen beanspruchen, welche sich in Sachen des Hypnotismus auf dem Laufenden befinden, sofern O. sich zum Theil zu Anschauungen bekennt, welche von der Lehre der Nancyer Schule sich erheblich entfernen.

Was zunächst die Frage der Hypnotisirbarkeit betrifft, so ist O. der Meinung, dass unter einer grösseren Menge von Personen $^1/_3$, sicher nicht

mehr, sich ganz refractär verhält, ein weiteres Drittel die Erscheinungen der Hypnose in geringem Maasse darbietet und endlich das letzte Drittel aus gut brauchbaren Objecten besteht, während Bernheim bekanntlich verlangt, dass ein Hypnotiseur es auf 80—90% Erfolge bringt. Hinsichtlich der Wirkungsweise der verschiedenen Einschläferungsmethoden huldigt O. noch der dualistischen Auffassung: „Allen gemeinsam ist, dass hiebei durch die äusseren Sinnesorgane auf das Centralnervensystem eingewirkt wird, sowie dass diese Einwirkung sich aus einem physischen und einem psychischen Factor zusammensetzt. Je nach der gewählten Methode kann der eine oder andere dieser beiden Factoren überwiegen, mitunter so sehr, dass der andere anscheinend keine Rolle mehr spielt.“ Auch bezüglich der Erscheinungen der Hypnose bekennt sich O. zu einer dualistischen Ansicht. Er betrachtet die an dem Hypnotisirten zu beobachtenden Phänomene nicht sämmtlich, wie die Schule von Nancy es lehrt, als Wirkungen von Suggestionen. So hält er die von Charcot und Richer beschriebene neuromusculäre Uebererregbarkeit für sicherlich von einer directen Beeinflussung von Nerv und Muskel abhängig. Die zu Gunsten dieser Annahme angeführte Beobachtung, welche O. an sich selbst in leichter Hypnose machte (Abduction des Kleinfingers nach Streichen der Haut der Hohlhand nahe dem Ulnarrand), dürfte indess noch einer anderen Deutung zugänglich sein.

Unter den Erscheinungen auf psychischem Gebiete betont O. in erster Linie die hochgradige Willensschwäche der Hypnotisirten. Hochgradige Steigerung der Suggestibilität bildet dagegen nach ihm zwar meist eines der prägnantesten Symptome des hypnotischen Schlafes, doch keineswegs ein nie fehlendes Characteristicum des letzteren. „Wahrscheinlich ist es möglich, viele Personen ohne suggestive Mitwirkung — z. B. bloss durch Fixiren eines glänzenden Gegenstandes, ohne dass sie wissen, worum es sich handelt — in Hypnose zu versetzen, ganz sicher aber ist es, dass es Individuen giebt, welche immer oder nur in gewissen Stadien des hypnotischen Zustandes für Suggestionen absolut nicht zugänglich sind.“ Da die Nancyer Schule in der gesteigerten Suggestibilität eine conditio sine qua non, ja das Wesentliche des hypnotischen Zustandes erblickt, wären nähere Mittheilungen über die in Frage stehenden Beobachtungen sehr erwünscht gewesen. Zweifellos ist ja die Suggestibilität während der Hypnose bei verschiedenen Personen in sehr verschiedenem Grade entwickelt und ebenso zweifellos ist es, dass es Individuen giebt, welche unter der Einwirkung hypnotisirender Proceduren in einen Zustand verfallen, in welchem sie für Suggestionen unzugänglich sind. Es frägt sich nur, ob man berechtigt ist, diesen Zustand als Hypnose aufzufassen. Bei Hysterischen kann, wie Beobachtungen Bernheim's, Forel's, des Verf. u. A. zeigen, durch Hypnotisirungsversuche statt Hypnose ein hysterischer Schlafanfall mit völlig mangelnder Suggestibilität herbeigeführt werden; auch kann die Hypnose in einen hysterischen Anfall übergehen. Das Bedenken, dass es sich bei den Individuen mit gänzlich mangelnder Suggestibilität überhaupt nicht um einen echten hypnotischen Zustand handelte, wird sich daher vorerst kaum ganz beseitigen lassen. Bei der suggestiven Personenverwandlung ist nach O.'s Ansicht, soweit die hypnotisirte Person noch im Stande ist, sich über ihr psychisches Verhalten Rechenschaft zu geben, das Bestreben

vorherrschend, den Willen des Hypnotiseurs blindlings in Ausführung zu bringen. Zu der Frage nach der geistigen Verfassung der Personen, welche eine posthypnotische Suggestion ausführen, erklärt sich O. dahin, dass die Betreffenden sich neuerlich in einem dem hypnotischen ähnlichen, abnormen Zustande befinden, der sich allerdings in manchen Einzelheiten von der primären Hypnose unterscheidet.

Der Suggestion mentale gegenüber verhält sich O. sehr skeptisch; einen rein seelischen Rapport anzunehmen, erachtet er für ungerechtfertigt; er glaubt, dass weitere Beobachtungen den Schlüssel zur Lösung dieses Geheimnisses liefern werden. Mit der Auffassung der Hypnose als einer künstlich erzeugten Nerven- oder Geisteskrankheit ist nach O. für das psychologische Verständniss wenig gewonnen. Die Hauptsache bei der Herbeiführung des hypnotischen Zustandes bildet die Concentration der Aufmerksamkeit auf einen bestimmten Punkt. Da der Wille nur eine andere Seite der als Aufmerksamkeit bezeichneten psychischen Thätigkeit darstellt, so ist mit der Einwirkung auf die Aufmerksamkeit auch die Veränderung der Willensthätigkeit gegeben, welche nach O. das Hauptcharacteristicum des hypnotischen Zustandes repräsentirt.

In therapeutischer Hinsicht gesteht O. der Hypnose an sich eine gewisse Bedeutung zu, sofern sich durch dieselbe unter Umständen wenigstens beruhigende Wirkungen erzielen lassen (auch bei manchen Geisteskranken). Den therapeutischen Hauptwerth erblickt er jedoch wie andere Beobachter in den Suggestionen, und zur Anwendung der suggestiven Heilmethode hält er in erster Linie hysterische und damit nahe verwandte Zustände für geeignet. Wir können nach O. die Wirksamkeit dieser Methode dadurch am sichersten umgrenzen, „dass wir ihr allen jenen Symptomen gegenüber einen Erfolg vindiciren, die auch der Wachsuggestion, resp. einer psychischen Beeinflussung überhaupt wenigstens in geringem Grade zugänglich sind.“ Von der Verwerthung des Hypnotismus für pädagogische Zwecke (moralische Orthopädie), welche von Bérillon insbesondere empfohlen wurde, räth O. ab.

Auch bei Besprechung der von manchen so sehr hervorgehobenen gesundheitlichen Nachtheile der Hypnose bekundet der Autor die volle Unbefangenheit und Vorsicht seines Urtheils. Er leugnet keineswegs, dass eine Hypnotisation gelegentlich ungünstige Folgen haben kann. „Wenn wir aber bedenken“, erklärt er des Weiteren, „dass jedes Heilmittel, in unzweckmässiger Weise verwendet, Schaden anrichten kann, so werden wir die Gefahren der Hypnose auch nicht überschätzen, sondern dieselbe vielmehr unter die relativ unschädlichen therapeutischen Behelfe einreihen müssen.“

Bezüglich der Bemerkungen über die forensische Bedeutung des Hypnotismus, in welchen der Autor alle Seiten der Frage knapp und treffend behandelt, muss auf das Original verwiesen werden.

Wir dürfen uns wohl der Hoffnung hingeben, dass die streng sachliche, von Enthusiasmus ebensowenig als von Vorurtheilen beeinflusste Darstellung Obersteiner's dazu beitragen wird, auch in den Kreisen Derjenigen, welche bisher der Suggestivtherapie gegenüber sich völlig ablehnend verhielten, eine unbefangenere Beurtheilung des Gegenstandes anzubahnen.

L. Löwenfeld.

487) Prof. **S. Korssakow**: Cursus der Psychiatrie.
(Moskau 1893. 604 S. [Russisch].)

Die russische Litteratur besass bisher nur eine geringe Anzahl selbstständiger Lehrbücher der Psychiatrie. Es erscheint daher durchaus natürlich, dass ein Forscher, dessen Arbeiten sich mit Vorliebe auf dem klinischen Gebiet bewegen und dem das umfassende Material der zweiten russischen Residenz zu Gebot steht, nun auch mit einem neuen Lehrbuch hervortritt. K. hat, wie es Ref. scheint, seine Aufgabe mit viel Geschick gelöst und ist namentlich die in dem ganzen Umfange des Buches gleich verständlich bleibende Darstellung als ein Vorzug hervorzuheben. Das Buch scheint aus Vorlesungen für Studirende hervorgegangen zu sein (eine Vorrede fehlt) und versetzt sich K. durchaus auf den Standpunkt des Laien, um mit den elementarsten Dingen anfangend zu schwierigeren Fragen überzugehen.

In üblicher Weise macht eine psychologische Einleitung den Anfang, dann folgt die allgemeine Psychopathologie. Den Interessenten empfehlen wir besonders den übersichtlich und mit gesunder Kritik geschriebenen Abschnitt über die Beziehungen der russischen Gesetzgebung zu den Geisteskranken und über die Sachverständigenthätigkeit bei Psychosen. Verf. hebt die relative Einfachheit des Aufnahmeverfahrens in Russland hervor, rügt aber die Langsamkeit des Entmündigungsverfahrens, welches zudem oft der Meinung des Arztes nicht in genügender Weise Rechnung trägt. An die Uebersicht der Gesetzesbestimmungen über Zurechnungsfähigkeit schliesst Verf. sehr practische Rathschläge über das bei öffentlichen Terminen und bei Abgabe von Gutachten einzuhaltende Verfahren.

Für den speciellen Theil jedes psychiatrischen Lehrbuchs liegen die Schwierigkeiten in der Abgrenzung der einzelnen Krankheitsformen. Eine unanfechtbare Darstellung dieses Gebiets dürfte zur Zeit noch nicht zu geben sein. Um die Möglichkeit zu erreichen, jeden beobachteten Fall mit einer bestimmten Benennung bezeichnen und zugleich etwas über seinen klinischen Verlauf sagen zu können, hält K. es für nothwendig, zahlreiche Gruppen aufzustellen und in jede einige nicht vollständig ausgesprochene Formen neben die eigentlichen Typen zu stellen. Hiermit ist die Thatsache anerkannt, dass wir augenblicklich ohne Annahme derartiger Uebergangsformen in der Praxis nicht auszukommen vermögen. Andrerseits stösst aber gerade die klinische Schilderung dieser Uebergangsformen auf besondere Schwierigkeiten und auch in K.'s Lehrbuch kommen sie zu kurz davon (vgl. den Abschnitt über Paranoia acuta und subacuta). Denkt man sich Studirende und Anfänger als Leser des Buchs, so ist diese Kürze nicht zu bedauern, denn für sie wird die Bekanntschaft mit der allgemeinen Psychopathologie und mit wenigen fest begrenzten Krankheitsformen doch die erste Aufgabe bleiben. Auf alle Einzelheiten von K.'s System können wir nicht eingehen. Die von Meynert als Amentia geschilderten Krankheitszustände will K. als Dysnoia bezeichnet wissen und statuirt 4 Typen derselben, eine abortive, eine stupuröse, eine demente und eine hallucinatorisch-wahnvolle Form. Die letztere — die Dysnoia deliriosa — fällt mit dem sogen. hallucinatorischen Wahnsinn anderer Autoren zusammen. Neben der chronichen Hauptform der Paranoia nimmt K. eine acute und subacute

Paranoia an. Diese acuten und subacuten Fälle von Paranoia bildeten „die natürlichen Uebergangsformen zwischen den reinen Formen der Paranoia und Dysnoia.“ — Bei der Schilderung der psychopathischen Constitutionen finden die Lehren Magnan's die gebührende Berücksichtigung.

Bei der Veranstaltung einer zweiten Auflage wäre die Beigabe eines alphabetischen Sachregisters erwünscht.

Mercklin (Lauenburg).

---

488) **Kurella**: Naturgeschichte des Verbrechers.
(F. Enke, Stuttgart 1893.)

Das Buch des geistvollen und originellen Verfassers behandelt in 4 Kapiteln die anatomischen Varietäten am Verbrecher, die Biologie des Verbrechers und die biologischen Factoren der Criminalität, die Psychologie des Verbrechers und endlich Theorieen und Anwendungen, das Ganze im Lombroso'schen Sinne verfasst. Eingehend werden zunächst die „primatoiden“ Charactere (alias atavistische) abgehandelt: die Prognathie, die den Verbrechertypus kennzeichnet, die Stirnflucht, die Ausdehnung der Stirnhöhlen, die Crista frontalis, der Stirnfortsatz des Schläfenbeins und die mittlere Hinterhauptsgrube. Die „Pragnathie-Gruppe“ fand K. bei 70%. Die quantitativ inferiore Hirnentwickelung beim Verbrecher wird durch die Kopfmaasse etc. dargelegt: die maximale Stirnbreite ist erheblich kleiner, kurze Stirnbögen sind häufig, die hintere Schädelhälfte ist kleiner, als die vordere, der Horizontalumfang ist geringer, der Schädel sehr häufig sehr niedrig, der Schädelinhalt untertypisch, der Gesichtswinkel kleiner als normal. Unter den „indirect cerebragenen Varietäten“ behandelt Verf. die Crista temporalis, den torus occipitalis, die Eurygnathie, den excessiv hohen Oberkiefer, die Gaumenformen, speciell den torus palatinus, das Diastema, den oft stark entwickelten Unterkiefer, die alveoläre Pragnathie, von denen 2—3 bei jedem Verbrecher nachweisbar sind. Frühzeitige Naht-Synostose ist Atavismus, ebenso die Stirnnaht. Die verschiedenen Schädelformationen werden beschrieben, ebenso die Schaltknochen, die depressio parieto-occipitalis, die Abweichungen des Pterion und die meisten Nahtvarietäten als zumeist primatoid bezeichnet. Das Gehirn ist gewöhnlich untertypisch, die Stirnlappen, entsprechend dem Stirnschädel, häufig aplastisch. An der Oberfläche sind verschiedene pithecoide Bildungen, am häufigsten die unvollständige Form der Affenspalte, dann die Confluenz der Sylvischen- und Parallel-Furche, endlich die der Calcarina mit der Hippocampus-Spalte. Confluenz der Furchen, Ueberbrückung derselben, Verdoppelung einzelner Windungen sind sehr häufig. Im Gegensatz zu chron. Hirnkranken scheinen bei Verbrechern mehr Henkel- und sessile Ohren zu überwiegen; häufig sind sehr lange Ohren. Sehr dichtes Haar und spärlicher oder fehlender Bart ist characteristisch. Mörder haben grosse und lange Hände, Taschendiebe oft sehr lange und schmale. Die meisten assymetrischen Schädel sind unter Brandstiftern und Nothzüchtern. Der Verbrecher ist gewöhnlich grösser und schwerer, als der Normalmensch, Tätowirungen sind häufiger, atavistisch ist ihr Ursprung und die Zeichnungen sind wichtig für die Psychologie.

Weitverbreitet ist die Disvulnerabilität, die Langlebigkeit; die Sinne sind im Allgemeinen stumpfer, ebenso wie die verschiedenen Arten der Hautsensibilität, wie auch die Gefässreflexe (die Grundursache der Affecte), daher geringeres Erröthen. Häufig ist Linkshändigkeit (auch anatomisch) da. Es besteht geringere Muskelleistung, offenbar psychisch bedingt. Durch Tics kann es zueiner dauernden Ungleichheit beider kommen. Es giebt viele Verbrecherfamilien; Verf. giebt hievon interessante Beispiele. Alle möglichen Nervenleiden etc, kommen in solchen vor; Gesichtshälften, ferner Prostitution, Vagabondage. Desgl. häufig ist Inzucht, Alcoholismus der Eltern von Verbrechern, daneben das Verbrecherthum und uneheliche Geburt, Geistes- und Nervenleiden. Jugendliche Verbrecher nehmen bei uns an Zahl rapid zu. Rasse, Volk, Klima sind wichtig in der Criminalität, ebenso das Geschlecht und das Alter. Die Hure ist anthropologisch und sonst auch dem Verbrecher gleichzustellen. Das eigentliche Gebiet des Verbrechens ist der Giftmord.

Das Milieu selbst: Teuerung etc. wirkt nur wenig mit; Verbrechen ist von socialer Noth unabhängig, nur insofern sie zum Alcoholismus führt und eine minderwerthige Generation erzeugt, hat sie Bedeutung. „Sociale Factoren machen nie einen normal veranlagten Menschen zum Verbrecher.“ Nur die dauernden socialen Leiden wirken auf die Criminalität ein. Auffällig ist die internationale Verbrecherähnlichkeit. Lange, gerade und schiefe Nasen sind häufig, ebenso Gesichtsasymmetrie (oft Grimassiren links), die Augenbraue ist oft S-förmig contrahirt, der Gesichtsausdruck ist characteristisch; alte Verbrecher mit habituell übler Laune haben oft tief durchfurchte Wangen.

Glänzend ist das Kapitel über Verbrecherpsychologie. Parasitismus ist ein Hauptcharacter; Vagabundage lässt sich vom Verbrecherthum nicht trennen; Hauptgrund, aber nicht alleiniger, ist Arbeitsscheu, besonders bei Huren und Mördern. Ein weiteres Zeichen sind Ehelosigkeit und Verlogenheit. Das gewerbsmässige Gaunerthum hat seine Tradition, Technik und Sprache. Sittliches Gefühl fehlt; sie sind gleichgültig gegen sich und die Zukunft, daher unvorsichtig, sympathielos, ohne Rene, prahlerisch, verkehren die Begriffe von Schuld und Recht, sind grausam, nur Augenblicksmenschen, zornig, eitel etc., das „psychische Blickfeld“ ist eingeengt. In gelungener Weise sucht K. den Character, die sittlichen Gefühle auf die Affecte und letztere auf reflectorische Gefässthätigkeit zurückzuführen, welch letztere in ihrer Art und Weise ererbt ist. „Die Erforschung der individuellen Affectdisposition ist das fundamentale Problem der Criminalpsychologie.“ Kurz nur ist das letzte Kapitel. K. tritt für den „geborenen Verbrecher“ und den „Verbrechertypus“ ein, neigt sich Lombroso's atavistischer Theorie zu, nimmt die Identification des geborenen Verbrechers mit dem „moralisch Irren“ an, der aber nicht geisteskrank und nicht unzurechnungsfähig ist und nicht identisch mit den psychopathisch Belasteten oder Disponirten. In dem wiederholt rückfälligen Verbrecher überwiegt der individuelle Factor und das ist für den Richter wichtig. Gewisse Strafreformen und andere Desiderata werden nur angedeutet. Soweit das geistvolle und gedankenreiche Buch. Widerlegung findet es hinreichend, wie ich glaube, in dem Werke Baer's, theilweise auch in meinem (erschien im September). 2 Ansichten stehen sich also schroff gegenüber: Hie Welf, hie Waibling! Jeder glaubt den Sieg zu erringen. Qui vivra, verra!

Näcke (Hubertusburg).

Zur Weiterentwicklung der Lombroso'schen Theorie.

489) Von Dr. H. Kurella.

(Fortsetzung.)

Einer ausführlichen Bearbeitung ist in neuester Zeit die Anthropologie weiblicher Delinquenten unterworfen worden. Nach den ersten umfassenden Untersuchungen darüber von Varaglia und Silva[1] (1885) und Mingazzini[2] (1887), die an Schädeln gemacht wurden, ist 1889 T. Tarnowskaja mit anthropometrischen Beobachtungen an 150 Diebinnen und 100 Prostituirten hervorgetreten; die neuesten Arbeiten stammen zumeist aus Italien, eine, von Näcke in Hubertusburg, ist an weiblichen, früher einmal bestraften Insassen der für Weiber bestimmten sächsischen Irrenanstalt Hubertusburg gemacht worden.

Die zeitlich erste Arbeit von Gurrieri[3] bezieht sich auf 60 jugendliche Prostituirte aus der Syphilis-Klinik in Bologna, Controlbeobachtungen wurden an 40 Mädchen eines Waisenhauses und 15 gebildeten Frauen „von guten Sitten" gemacht. Die Mittheilungen beziehen sich auf die ganze grosse Zahl der von Lombroso neben den bisher bekannten „Degenerationszeichen" in die Verbrecheranthropologie eingeführten Anomalieen und auf das Verhalten der Hautempfindung, jedoch nicht auf craniometrische Thatsachen; das wesentliche aus denselben stelle ich in folgenden Tabelle zusammen:

Es fanden sich in Procenten:

	b. Prostit.	b. Norm.		b. Prostit.	b. Norm.
Grosse Stirnhöhlen	8	2	Syndactylie	1,6	—
Starke Stirnhöcker	6	4	Henkelohren	5	—
Prognathie (alveoläre	3,3	—	Verlängert angewachs.	—	—
Plattgaumen	8	—	Lobulus	60	—
Spitzgaumen	8	4	Tubercul. Darwinii	8	—
Zahndiastema	21	10	Ohne Anomalieen waren	53	—
Irreguläre Zahnstellung	18	—	mit 1—3 „ „	41	—
Appendix lemuricus mandibulae	8	—	„ 4 u. m. „ „	3	—

Die Sensibilität wurde mittelst eines genau graduirten Inductions-Schlittens untersucht und an verschiedenen Körperstellen wurde bestimmt:

1. der Rollenabstand, bei dem überhaupt Empfindung eintrat;
2. der Rollenabstand, bei dem die Empfindung eben anfing, Schmerzgefühl zu erregen. — Für beide Schwellenwerthe ergab sich eine ganz erheblich geringere Erregbarkeit bei Prostituirten.

Einzelne recht interessante Mittheilungen über die Familien- und Entwicklungs-Verhältnisse jener Prostituirten müssen im Original nachgelesen werden.

Ausschliesslich anthropometrischen Inhalts sind die Mittheilungen von Fornasari di Verce[4], die sich auf 60 Prostituirte und 20 normale Frauen beziehen; über die Qualität dieser normalen Frauen erfährt man nichts. Von den craniologischen Angaben sind die interessantesten die über den Horizontalumfang.

Der Horizontalumfang des Schädels betrug:

in mm	bei % der Prost.	bei % der Normalen
unter 480	4	0
von 480—489	4	0
„ 490—499	10	10
„ 500—509	15	30
„ 510—519	30	20
„ 520—529	14	30
„ 530—539	14	10
„ 540—549	5	—
„ 550—559	2	—
560 u. mehr	2	—

Auch hier zeigt sich dieselbe starke Frequenz der maximalen und der minimalen Maasse, wie sie sich bisher bei allen grösseren Reihen von Verbrecherschädeln gefunden hat, mit Vorwiegen der Minima, und eine geringere Frequenz der Mittelwerthe (zwischen 500—529) als in der Norm. Dasselbe ergiebt sich für die Stirnmaasse.

Ganz entsprechend den Befunden am Verbrecher und denen der Tarnowskaja an Prostituirten fanden sich auch für die Gesichtshöhe, für den Jochbogenabstand und die Unterkieferwinkelbreite erheblich grössere Zahlen als in der Norm.

Wichtige Controluntersuchungen an normalen Weibern, die sich theils auf die Sensibilität, theils auf Degenerationszeichen, theils auf Anthropometrie beziehen, haben Sergi[5], Roncoroni[6], Gallia[7] und de Rochi[8] gemacht. Es ergiebt sich daraus 1. entsprechend dem allgemeinen, für Säugethiere geltenden biologischen Gesetze, dass das weibliche Geschlecht weniger zur Varietätenbildung neigt als das männliche, dass Degenerationszeichen und anthropometrisch nachweisbare Varietäten beim nicht verbrecherischen Weibe erheblich seltener sind als beim Manne gleicher Categorie, und 2. dass die Sensibilität und das Schmerzgefühl beim Weibe erst bei sehr viel stärkeren Reizen als beim Manne Perceptionen ergeben, obwohl, wenn einmal Schmerz erregt ist, das Weib sehr viel heftiger reagirt als der Mann.

Näcke's[9] sorgfältige Untersuchungen führen ihn zu einer Ablehnung des Lombroso'schen Verbrechertypus und zu einer noch lebhafteren Bekämpfung der Annahme einer angeborenen Disposition zum Verbrechen. Leider ist das Material, auf dessen Untersuchung sich Näcke stützt, ebenso wenig geeignet, so weitgehende Schlüsse zu begründen, wie Näcke's Kenntniss der Lombroso'schen Arbeiten und der sonstigen Publicationen über Verbrecherinnen und Prostituirte gründlich genug, um ihn vor Missverständnissen und vor dem Unternehmen, offene Thüren einzurennen, zu schützen. Freilich hat er seinen umfangreichen Arbeiten ein sehr voluminöses Litteraturverzeichniss angehängt, in dem auch viele nur in sehr lockerem Zusammenhange zu seinem Thema stehende Aufsätze citirt werden; aber seine Kenntniss der Litteratur der criminellen Anthropologie ist fast nur aus zweiter Hand geschöpft; Lombroso's Hauptwerk kennt er nur aus der vor 6 Jahren erschienenen stark gekürzten, an Fehlern überreichen deutschen Bearbeitung, die grundlegenden grossen Arbeiten von Amadei, Ferri, Varaglia und Silva, Mingazzini, Troizky, Corre, Ardouin, Manouvrier und Heger scheinen

ihm ganz unbekannt, und viel andere wichtige Arbeiten kennt er nur aus Referaten. Von den 50 in näherer Beziehung zur criminellen Anthropologie stehenden Arbeiten, die er citirt, sind ihm 16 nur im Referat bekannt, die meisten übrigen, die er kennt, sind nicht Originalarbeiten, sondern kritische und referirende Arbeiten. Aus den Hauptquellen der Disciplin, den 14 Bänden des Lombroso'schen und den 7 Bänden des Lacassagne'schen Archivs für criminelle Anthropologie sind ihm nur 2 Arbeiten bekannt geworden. Und doch ist er streng und absprechend, meint er von der einen Idee Lombroso's, sie sei „ganz verkehrt", von der Hypothese des „delinquente nato", Lombroso hätte sie „möglicherweise von Benedikt, der wohl zuerst den type de degnéréescence beim Verbrecher construirte", doch schiebt er Lombroso die Annahme einer „Identität von Genie und Irrrsinn" unter, meint, bei Lombroso ginge „der Unsinn" so weit, sogar aus den Harnbestandtheilen den geborenen Verbrecher erkennen zu wollen", und erklärt, „wie Lombroso das Verbrecherthum als auf epileptischer Basis beruhend hinstelle, muss als grober Unfug bezeichnet werden, und dass es überhaupt Unsinn ist, für einen sociologischen, conventionellen Ausdruck wie Verbrecher anthropologische Charactere aufzustellen". Er beginnt den anthropologischen Theil seiner Arbeit mit der „Vorfrage, ob der Begriff „Verbrecher" überhaupt anatomisch zu fixiren ist". Diesen Gedanken schiebt er, als thema depugnandum, gleichfalls Lombroso unter; es ist aber durchaus ein Originaleinfall Näcke's, einen Begriff anatomisch fixiren zu wollen. Lombroso's Hauptverdienst ist es ja gerade, von den begrifflichen Formalismen die hergebrachten criminalistischen Theorieen zur Untersuchung der Individuen übergegangen zu sein.

Näcke's Kritik der Lombroso'schen Hypothesen gründet sich somit einerseits auf eine unvollständige, zumeist nur aus zweiter Hand geschöpfte und mit nicht hinreichender Behutsamkeit und kritischer Strenge erworbene Kenntniss der Litteratur, in der diese Ideen und die ihnen zu Grunde liegenden Thatsachen zu finden sind, andrerseits sucht er seiner Kritik allerdings eine festere Grundlage in selbst beobachteten und mit grossem Fleiss nach vielen Richtungen hin durchgearbeiteten Thatsachen zu geben. Näcke hat auch höheren Ansprüchen in dieser Richtung dadurch zu genügen gesucht, dass er seine Befunde an den 100 von ihm untersuchten gerichtlich bestraften Weibern controllirt hat durch Untersuchung von 100 Wärterinnen und Pflegerinnen, die das normale Weib repräsentiren sollten. Und aus dem geringen Unterschiede, der bezüglich des Vorkommens von Degenerationszeichen zwischen den vorbestraften Weibern und den Wärterinnen bestand, leitet er das Hauptargument für die Ablehnung des Verbrechertypus her. Denn es ist klar, dass es keinen Verbrechertypus geben kann, wenn normale und verbrecherische Weiber en masse keine Unterschiede erkennen lassen. Ich kann seine Beweismittel nicht gelten lassen. Nach meiner mehr als zehnjährigen an 6 grossen Anstalten gewonnenen Erfahrung ist die Zahl der Degenerirten unter den Weibern, die ihr Lebensweg auf einige Zeit als Wärterin in die Irrenanstalt führt, ungeheuer gross, und psychisch minderwerthig sind fast alle. Näcke hat auch bei $21^1/_2{}^0/_0$ dieser seiner „normalen Weiber" officiell constatirte uneheliche Kinder gefunden und $10^0{}_0$ werden amtlich als „beschränkt" bezeichnet. Da muss man doch energisch dagegen protestiren, dass diese Weiber als normal den Verbrecherinnen

zum Vergleich und zur Controlle gegenübergestellt werden. Eine Irrenwärterin ist kein geeignetes Festobject für so subtile Untersuchungen.

Und wie Näcke's normale Weiber eigentlich nicht normal sind, so sind seine verbrecherischen Weiber eigentlich keine Verbrecherinnen; es sind zusammen 100, nämlich I. „53 aus dem Strafhause der Irrenanstalt zugeführte Frauen“ und II. „47 vorbestrafte oder in Voruntersuchung gekommene Geisteskranke“. Näcke hat leider unterlassen, mit ausreichender Genauigkeit festzustellen, wie viele dieser 100 Weiber etwa geisteskrank waren, ehe sie bestraft wurden, aber er hat doch Anhaltspunkte gegeben, die eine Schätzung des Verhältnisses gestatten. Er giebt von jedem Falle eine kurze, aber treffliche Lebens- und Krankheitsgeschichte; aus diesen Mittheilungen habe ich mir die Vermuthung geschöpft, dass höchstens 20 dieser 100 Weiber Verbrecherinnnen waren, ehe sie geisteskrank wurden, dass ferner mindestens 28 geisteskrank waren, ehe sie Verbrecherinnen wurden. Noch wichtiger sind für diese Verhältnisse Näcke's eigene Angaben.

Darnach waren:

Zur Zeit der letzten Strafthat	von Categorie I.	von Categorie II.
wahrscheinlich geisteskrank	20,4 %	23,4 %
sicher geisteskrank	15,1 „	19,2 „
imbecill oder idiotisch	22,6 „	4 „
epileptisch	7,4 „	16 „
paranoisch	73,6 „	38 „

Die Imbecillen, Epileptiker und Paranoiker sind somit in beiden Categorieen so stark vertreten, dass mehr als 70 von den 100 „Verbrecherinnen“ Näcke's als congenital psychopathisch gelten müssen.

So sorgfältig nun auch Näcke den Lebensgang, die Individual-Psychologie und die anthropometrischen und degenerativen Charactere seines Materials untersucht hat, so wenig scheinen mir seine Resultate geeignet, die Grundlage für eine materielle Kritik der Hypothese vom Verbrechertypus geben zu können. Er hat höchst werthvolle Beiträge zur Kenntniss der sogenannten Haftpsychosen, zur Erforschung der Beziehungen zwischen Geistesstörung und Verbrechen, zur Statistik der Degenerationszeichen bei Geisteskranken geliefert; eine Förderung der criminellen Anthropologie aber bringen seine Untersuchungen nicht. Ich glaube mir somit auch ein näheres Eingehen auf die Einzelheiten seiner Darstellung und auf den Versuch, den er von seinem Material aus zu einer Hypothese über das Wesen der verbrecherischen Anlage macht, versagen zu dürfen. Bemerkenswerth ist in dieser Darstellung, dass N. den Verbrechertypus verwirft und sociale Misere, die damit verbundene schlechte Ernährung und Erziehung als Ursachen des Vorhandenseins des Verbrecherthums nachzuweisen sucht, dass er das aber a priori zu thun versucht. Es ist ja nicht schwer und ist schon oft versucht worden, plausibel zu machen, wie Noth, schlechte Erziehung, Verführung, Gelegenheit und verwandte Momente den Proletarier zum Verbrecher machen. Bis auf Lombroso hat man sich auch mit dergleichen psychologisirenden Deductionen begnügt; Lombroso hat zuerst versucht, über ein solches plausibles Raisonnemet hinauszugehen und die individuelle Disposition zum Verbrechen neben den socialen Factoren hervorzusuchen. Es ist ein Rückschritt, wenn man an unzureichendem Material, wie Näcke

das thut, diese Bestrebungen wegzuescamotiren sucht, und wieder auf die Methode des Raisonnements a priori zurückgreift. Will man die socialen Factoren des Verbrechens den individuellen gegenüber zur Geltung bringen, so darf man sich nicht mit Plausibilitäten begnügen, sondern muss Criminal- und Moral-Statistik, Demographie und Sociologie durcharbeiten; vielleicht wird es fortgesetzter Forschung in dieser Richtung gelingen, die socialen Factoren der Criminalität analytisch zu ermitteln. Näcke ignorirt oder hat die Quellen darüber nicht eingesehen, dass Niemand mehr als Lombroso sociale Uebel als Ursache der Degeneration anerkennt, welcher das Verbrecherthum entspringt; N.., wie viele andere Kritiker Lombroso's, verkennt aber, dass der Italiener die physischen und psychisehen Zeichen dieser Degeneration, nicht ihre socialen Ursachen, zum Gegenstand seiner bisherigen Forschung gemacht hat; das Studium dieser Zeichen ist mit naturwissenschaftlichen Methoden durchführbar, die Erforschung der socialen Ursachen der Degeneration greift jedoch über die Grenzen der Naturwissenschaft und die Tragweite ihrer Methoden hinaus. N. hat sich auf dieses Gebiet gewagt mit wenig Glück, wie sich zeigt, wenn man bei ihm liest: „Das sociale Elend, die schlechte Hygiene und Kost, die gerade im Volke so verheerende Trunksucht, Lues und andere Momente erzeugen oft genug eine elende Generation und müssen schon den Keim schädigen. Dieselben Ursachen erzeugen aber auch gern schwächliche Frauen mit qualitativ und quantitativ ungenügender Milch, vor Allem aber häufig mit engem Becken, wodurch schwere Geburten veranlasst werden und das Gehirn des Kindes nachtheilig beeinflusst wird. Wirken nun auch später auf das Kind obige Momente ein, so wird sich die Ernährungsstörung nur noch steigern und es ist kein Wunder, wenn allerlei rhachitische, scrophulöse Erscheinungen am Körper und allerlei Kinderkrankheiten, die Körper und Geist schädigen, auftreten; dass diese letzteren gerade in den unteren Schichten am häufigsten sind, ist nicht zu bezweifeln.“ Dieser Satz soll erklären, „warum diese Stigmata bei Irren und Verbrechern häufiger als sonst auftreten.“ Er enthält eine Menge kühner Behauptungen*), zu deren Beweis keine Anstalten getroffen werden, z. B. dass die Degenerationszeichen dasselbe sind wie „allerlei rhachitische und scrophulöse Erscheinungen“, dass sie durch Kinderkrankheiten hervorgerufen werden können. Neben dieser Zurückführung der Degenerationszeichen auf Scrophulose und Rhachitis, die sicher das Verdienst neu zu sein hat, enthält der Satz auch eine gleichfalls neue ätiologische Theorie von Scrophulose und Rhachitis, für welche Lues und Trunksucht als Ursachen angeführt werden. In dieser Weise hat N. sich eine Theorie der Degeneration zurecht gelegt, offenbar ganz a priori; was ihm nur an allgemeinen chronischen Calamitäten und weitverbreiteten Schädlichkeiten einfällt, wird da hinter- und durcheinander aufgezählt. Darin steht Näcke sogar noch hinter dem heute obsoleten Morel zurück, der recht ausführlich die

*) Auch die unbewiesene und durch die Criminalstatistik aller civilisirten Länder leicht widerlegbare Lieblingsannahme N.'s, dass die höheren Stände viel seltener Verbrecher liefern, als die niederen, „le rebut de la société“, liegt dieser Deduction zu Grunde. Dass auf 1000 Banquiers oder Advocaten sehr viel mehr Gauner kommen, als auf 1000 Fabrikarbeiter, ist eine der best nachweisbaren Thatsachen der Criminal-Statistik.

socialen Ursachen der Degeneration untersucht hat. Mag man von den Hypothesen Lombroso's und seiner Schüler denken, was man will, so leicht wie Näcke haben sie es sich nicht gemacht; sie haben sich's nicht am Schreibtisch zurechtgelegt, sondern tausende von Individuen untersucht und Thatsachen constatirt und daraus Schlüsse gezogen; bei N. aber fehlt jeder hinreichend erkennbare Zusammenhang zwischen den Thatsachen im anthropologischen Theil einerseits und dem Raisonnement im theoretisirenden Theil seiner Arbeit andrerseits; den Conclusionen N.'s fehlt es an thatsächlichen Prämissen, und auf seine Prämissen folgen nicht immer entsprechende Schlüsse; letzteres zeigt sich z. B. besonders bei der auf Seite 1552 seiner Arbeit gegebenen Zahlen über das Verhalten des horizonatalen Schädelumfangs bei seinem Material, Zahlen, die genau dasselbe ergeben, wenn man sie näher analysirt, was Lombroso für Verbrecherschädel constatirt hat. Reducirt man nämlich durch Abzug von 30 mm für die behaarte Kopfhaut N.'s Zahlen auf solche, die dem Verhalten des Schädels entsprechen, so ergiebt sich, dass der Horizontalumfang unter 510 mm blieb bei 48 von 60 vorbestraften Weibern und Sträflinginnen = 80%, und bei 29 von 99 Normalen = 29,2%. Es ergiebt sich also eine enorme Differenz zwischen beiden Schädelgruppen, enormer als sie selbst Lombroso bisher gefunden hat.

Reicher an Ergebnissen für die criminelle Anthropologie ist eine andere Arbeit Näcke's, die gleichfalls die Verbrecherin und zwar diesmal ihre Craniologie zum Gegenstande hat[10]. N. hat 12 Schädel von Verbrecherinnen im Dresdener anthropologischen Museum untersucht. Er räumt selbst ein, dass er nichts von der Anamnese „der zugehörigen Personen" weiss, und dass „eine craniologische Untersuchung von wahrem Werthe erst sein kann, wenn die ganze Persönlichkeit bekannt ist." Trotzdem glaubte er auch dieses Material dazu verwenden zu können, die Nicht-Existenz des Verbrechertypus zu beweisen. Lombroso hat von jeher darauf hingewiesen, dass ein Verbrechertypus bei Frauen selten ist, weil die Gelegenheitsverbrecherinnen sehr viel häufiger sind, als die geborenen Verbrechernaturen. Niemand kann feststellen, ob Näcke's Schädel nicht von zu Unrecht verurtheilten Geisteskranken oder Gelegenheits- oder Leidenschaft-Verbrecherinnen herrühren; haben sie aber einen derartigen Ursprung, so sind sie ungeeignet, als Material zur Widerlegung der Lehre vom Verbrechertypus zu dienen. Wie dem auch sei, die 12 Schädel sind reich an allerlei Anomalieen, die ich hier, in etwas andrer Reihenfolge als Näcke, wiedergebe, unter Anführung der Befunde, die für die gleichen Anomalieen Varaglia und Silva an 60, Mingazzini an 17 Schädeln von Verbrecherinnen gefunden haben:

Es fanden sich in Procenten

	nach Näcke	nach Varaglia u. Silva	nach Mingazzini
Fliehende Stirn (11)	33,3	5,4	10
Prognathie	41,7	32,4	36
Starke Protuber. occipitalis	50	—	—
Starke Jochbeine (19,9)	8,3	1,8	—
Starke Unterkiefer (15)	8,3	1,8	10
Männlicher Typus (11,8)	25	1,8	—
Stirnnaht	16,7	5,4	15

	nach Näcke	nach Varaglia u. Silva	nach Mingazzini
Worms'sche Knochen	41,7	64,8	—
Schädelasymmetrie (40)	8,3	12,6	—
Hydrocephalus (26)	33,3	—	—
Starke Tubera frontalia	66,6	—	—
Starke Tabes parietalia	50	1,8	—
Starke Augenbrauenbogen (10)	33,3	23	—
Tiefe Fossa canina	8,5	27	15

Diese Tabelle ergiebt eine auffallende Uebereinstimmung der Befunde Näcke's mit den an Schädeln italienischer Verbrecherinnen; ich komme auf Grund derselben also zu dem Resultat, dass N.'s Untersuchungen die der italienischen Schule bestätigen; N. kommt zu dem Resultat, dass das Gegentheil der Fall ist, freilich vergleicht er seine Befunde an Weiberschädeln mit denen Lombroso's an Schädeln männlicher Verbrecher. Noch grösser wird die Uebereinstimmung, wenn man N.'s-Zahlen für einzelne Anomalieen vergleicht mit denen, welche Lombroso neuerdings (La donna delinquente) aus der Zusammenstellung der Befunde an 464 lebenden Verbrecherinnen und 150 Verbrecherinnenschädeln gewonnen hat. Ich habe oben diese Zahlen in Klammern hinter die Bezeichnung einzelner Anomalieen gesetzt.

Eine Fossa occipitalis media, die Varaglia in 5,4% fand, konnte N. nicht auffinden.

Von den craniometrischen Daten N.'s sollen nur die wichtigsten herausgegriffen und mit denen der italienischen Schule verglichen werden.

Die Schädelcapacität war

	nach Näcke (12 Schädel) bei %	nach Varaglia und Silva (60 Schädel) bei %
Unter 1200 Cbcm.	25	20,8
1201—1300 „	16,6	46,3
1301—1400 „	16,6	22,5
1401—1500 „	16,6	8,6
über 1500 „	25	1,72

Der Horizontalumfang des Schädels war

	nach Näcke bei %	nach Varaglia und Silva bei %
460—470 mm	8,3	6,6
471—490 „	25	43,3
491—510 „	50	33,3
511—520 „	8,3	20
über 520 „	8.3	7

Beide Untersucher ergeben also eine enorme Häufigkeit kleiner Schädel (Capacität unter 1400 cbcm, Umfang unter 490 mm); dass die abnorm grossen Capacitäten über 1500 bei Näcke so häufig sind, hängt wohl damit zusammen, dass $^1/_3$ seines Materials hydrocephal war.

Für die Indices ergeben sich folgende Mittelwerthe:

	nach Näcke	nach Varaglia und Silva
Längenbreitenindex	88,2	84,4 (Mittel von 13 Schädeln)
Längenhöhenindex	74,4	79,9

	nach Näcke	nach Varaglia und Silva
Nasenindex	45,4	46,25
Orbitalindex	81,5	87,2
Jochbreite	127 mm	125 mm

Auch in diesen Zahlen zeigt N.'s Material eine starke Annäherung an italienische Schädel von Verbrecherinnen, trotz der enormen ethnologischen Differenz.

Von der unbekannten Anamnese der Fälle abgesehen, bestätigen also N.'s Schädel in den wesentlichsten Punkten die italienische Lehre von den Characteren des Schädels der Verbrecherin. N. sucht zwar seine Ergebnisse dadurch abzuschwächen, dass er (p. 236) sagt: „Hätten wir wirkliche Irrenschädel in Parallele zu setzen, so würden wohl ähnliche Resultate sich zeigen," — und: „hätten wir aber zum Vergleich normale Schädel, so würden wir auch hier eine Menge Abnormitäten erkennen", aber seine Einwände beschränken sich auf das, was sein würde, wenn „wir hätten", was er eben nicht hat. (Fortsetzung folgt.)

---

490) Dr. med. **Th. Chalybäus:** Pfarrer Kneipp und seine Kur. Ein Kapitel aus der neuesten Geschichte des Wasserheilverfahrens.
(Berlin-Neuwied. Heuser's Verlag 1893. 80 Seiten.)

Die Kneipp'sche Methode hat in der ärztlichen Welt wohlwollende und absprechende Beurtheilung erfahren. Referent gehört nicht zu jenen, die in blinder Vergötterung ad verba magistri Kneipp schwören, aber ebensowenig zu denen, die mit vornehmer Geringschätzung über alles, was nicht den Anstrich wissenschaftlicher Schulmedicin besitzt, einfach den Stab brechen. Priessnitz war ein simpler Bauer und doch werden die von ihm zuerst geübten Umschläge und Wickelungen tagtäglich von Aerzten empfohlen. Warum sollen wir nicht auch Kneipp's Verfahren in der Medicin in Anwendung bringen? Prüfet alles und behaltet das beste! so heisst es auch hier. Pfarrer Kneipp entbehrt zwar jeglicher wissenschaftlichen Vorbildung und doch besitzt er einen ungemein practischen Blick und die Fähigkeit zu individualisiren; sein Verfahren ist sicherlich mit mancherlei unverstandenem und unwissenschaftlichem Ballast vermischt und doch enthält es einen guten Theil von Wahrheit. Referent hat die Kneipp'sche Methode in geeigneten Fällen von Nervenkrankheiten mehrfach in Anwendung gebracht und sich dabei überzeugt, dass ihr ein grösserer therapeuthischer Werth beizulegen ist, als der Polypharmako-Manie der letzten Dezennien. Und nun zu dem vorliegenden Schriftchen. Chalybäus hat Kneipp und sein Verfahren an Ort und Stelle kennen gelernt. Er giebt uns in humoristisch gefärbter Redeweise eine Schilderung seiner Erlebnisse in Wörrishofen, der Persönlichkeit des Pfarrers Kneipp und seiner Methode, die er wissenschaftlich zu begründen sucht. Er kommt zu dem Schlussresultat, dass das Kneipp-Verfahren zwar einseitig ist, aber doch im Ganzen eine nach guten Beobachtungen und Grundsätzen richtig zusammengestellte Methode darstelle, die bewährte alte Anwendungen, zum Theil unter neuem Namen, aufnimmt und einige neue, der Beachtung würdige Anwendungen hinzufügt, aber auch mancherlei bietet, was in die ärztliche Praxis der Hydrotherapie eingeführt werden sollte. Buschan.

III. Referate und Kritiken.

491) **Howard H. Tooth:** On the destination of the antero-lateral ascending Tract.

(Brain. Autumn-Winter, 1892. Pag. 397.)

Die Ergebnisse der Untersuchungen von T. schliessen sich an die von Mott (Brain 1892, pag. 215) veröffentlichten an und bestätigen sie. Tooth machte bei einem Affen eine kleine dorso-ventrale Incision lateral auf der rechten Seite der Medulla oblongata. Das Thier bot darauf keine Sensibilitätsstörungen. Nach 34 Tagen wurde es getödtet. Es fand sich in der Ebene der unteren Olive ein lateraler Streifen secundärer Degeneration, der dorsal vom funiculus cuneat. begann, an der Peripherie hinzog, nach innen begrenzt von der aufsteigenden Trigeminuswurzel und ventral bis zum nucleus lateralis ziehend. Weiter nach aufwärts spaltet sich die Degenerationszone in 2 Bündel, eine dorsale Portion nach aussen vom funicul. cuneat., die sogen. directe Kleinhirnbahn, und eine ventral gelegene Portion, nach aussen vom nucleus lateral., die sogen. aufsteigende antero-laterale Bahn. Beide Bahnen sind in der Höhe des XII. Nerven durch nicht degenerirte fibrae arciformes geschieden. In der Höhe der oberen Begrenzung der Olive stellt die directe Kleinhirnbahn einen kleinen Degenerationsfleck im dorsalen Drittel des corpus restiforme dar. In der Höhe des VI. und VII. Hirnnerven tritt im Winkel zwischen lingula und oberen Kleinhirnpedunculus (brachium conjunctivum) ein weiterer Degenerationsfleck auf, welcher von nach rückwärts gezogenen, quergeschnittenen Fasern der antero-lateralen Bahn herrührt. Etwas höher sieht man die degenerirten Fasern der directen Kleinhirnbahn durch den Pedunculus zur lingula ziehen und verschwinden. Auf den weiteren Schnitten hat man es nur noch mit der autero-lateralen Bahn zu thun, deren ventraler Theil allmählich eine Richtung gegen den Stamm des V. Hirnnerven und später immer mehr dorsalwärts nimmt und sich somit der hinteren zugehörigen Fasermasse der antero-lateralen Bahn nähert, um mit dieser in der Höhe des IV. Hirnnerven zu einem gemeinsamen Degenerationsfleck zu verschmelzen, der zwischen lemniscus lateralis und pedunculus super. (brachium conjunctivum) liegt. Auf die Abbildungen im Original sei verwiesen. Wichmann.

492) **M. Goldzieher:** Ein noch nicht beschriebenes Symptom der completen Facialisparalyse. Vortrag auf der ophth. Gesellschaft zu Heidelberg 1893.

Die Lehre, dass der Trigeminus der Secretionsnerv der Thränendrüse sei, ist nicht zulässig. Diese Rolle kommt vielmehr dem Facialis zu. Die betreffenden Fasern gelangen mit dem nervus petrosus superficialis in das ganglion sphenopalatinum, hierauf in den ramus temporo-malaris. Letzterer sendet eine Anostomose zum nervus lacrymalis. — Befindet sich der Sitz eines Leidens, welches zu einer completen Facialisparalyse mit Läbmung des Gaumensegels führt, in dem knöchernen Kanal und zwar in der Höhe des ganglion geniculatum, so beobachten wir ein Versiegen der Thränensecretion und ein Aufhören des reflectorischen Thränenträufelns. Bach.

493) **Heddaeus:** Ueber einseitige reflectorische Pupillenstarre.
(Arch. f. Aug. 27, 1.)

H. wendet sich gegen Seggel (vgl. Cbl. 1892, Ref. Nr. 422) und will die einseitige reflectorische Pupillenstarre durch die Annahme erklären: der Sphincterkern empfange seine Erregungen nur von den centripetalen Pupillenfasern beider Seiten, nicht auch von dem Accomodationskern; aber der Ramus iridis n. III. setze sich aus zwei Wurzeln zusammen, einer aus dem Sphincterkern (x) und einer aus dem Accomodationskern (y). Durch Zerstörung eines Sphincterkerns oder der aus ihm entspringenden Wurzel (x) entstehe dann typische einseitige refl. Pupillenstarre (mit Mydriasis), d. h. Fehlen jeglicher Lichtreaction bei erhaltener accommodativer Reaction. Aus dem Erhaltenbleiben der consensuellen Reaction der Pupille des gesunden Auges dürfe nicht auf Semidecussation der centripetalen Pupillenfasern im Chiasma geschlossen werden. Selbstbericht.

---

494) **Philipp Zenner** (Cincinnati): Ein Fall von Tumor des thalamus opticus.
(Neurol. Centralbl. 1893, Nr. 18.)

Die Krankheit begann bei dem 18jährigen jungen Manne Mai 1892 mit eigenartigen Paroxysmen von Riechempfindungen und nachfolgendem confusem Gefühl, sowie mit Kopfschmerzen. In der Folge traten gelegentlich Anfälle von plötzlichem Erbrechen ein und es bildete sich eine rechtsseitige Parese aus. Im October bekam der Patient, welcher schon längere Zeit bettlägerig und geistig stumpf geworden war, Doppelsehen; bald wurde Blindheit des linken Auges, Hemianopsie und Stauungspapille am rechten Auge constatirt.

Z. constatirte bei der Consultation am 18. November ausserdem Schmerzen im Hinterkopf, deutliche rechtsseitige Parese, Lähmung des rechten Abducens, geringen Grad von Nystagmus rechts (beim Sehen nach links)..

Patient wurde bald ganz blind und starb unter Abnahme der Kräfte am 15. Januar.

Die Section ergab neben Oedem des Gehirns eine gliomatöse Geschwulst, welche den hinteren Theil und die Basis des linken Thalamus einnahm (1" lang, $^1/_2$" breit) und allmählig in das Nachbargewebe überging.

Die Hemianopsie betrachtet Z. als zufällige Erscheinung, wahrscheinlich bedingt durch Druck des ausgedehnten 3. Ventrikels auf den Sehstrang.

Beachtenswerth ist die einseitige Neuritis optica. Hoppe.

---

495) **Vialet** (Paris): Un cas d'hémianopsie corticale par lésion circonscrite du cuneus. Assoc. franç. pour l'avancem. des scienc.
(Le Bulletin méd. 1893, Nr. 69.)

Fall von linkseitiger Hemianopsie mit rechtsseitiger unvollständiger Hemiplegie und rechtsseitiger Hemianästhesie. Bei der Section fand sich eine frische weisse Erweichung der linken Hemisphäre und ein älterer gelbgefärbter Herd der rechten Hemisphäre, der das vordere Viertel des cuneus zerstört hatte. Die microscopische Untersuchung ergab eine Atrophie, die sich genau über die vorderen zwei Drittel des Cuneus, die vordere Hälfte

der fissura calcarina, den Grund der fissura perpendicularis interna und den Fuss des cuneus erstreckte und sich bis zum Fuss des gyrus hippocampi hinzog, ein Gebiet, das genau von dem vorderen Aste der arter. occipitalis versorgt wird. Diese Läsion hatte eine Degeneration der Projectionsfasern (radiatio ad thalamum opticum) und Associationsfasern (ad corpus callosum) hervorgerufen, und zwar in Form von zwei Zonen, von denen die eine, kleinere, über der äusseren Wand des cornu occipitale lag, die andere, grössere, die halbe untere Circumferenz desselben Hornes umgab. Diese letztere Degenerationszone liess sich quer durch den Parietallappen hin bis zur unteren äusseren Partie des pulvinar einerseits und zum corpus geniculatum externum andrerseits verfolgen.

Dieser Befund beweist einmal die Thatsache, dass die Integrität des Zwickels für die Perception der visuellen Empfindung nöthig ist und dass diese Hirnwindung an der corticalen Gesichtssphäre theilnimmt, zum andern giebt er wichtige Aufschlüsse über den Verlauf der Associations- und Projectionsfasern, die vom cuneus ihren Ausgangspunkt nehmen.

Buschan.

---

496) **Sigm. Freud** (Wien): Ueber familiäre Formen von cerebralen Diplegien. (Neurol. Centralbl. 1893, Nr. 15.)

An 2 aus einer Verwandtenehe (zwischen Onkel und Nichte) stammenden Kindern (2 Kinder wurden zu früh geboren und starben bald, ein anderes war von Geburt an gelähmt, wie es scheint idiotisch und starb nach 10 Monaten) beobachtete F. ein Krankheitsbild, welches er als cerebrale Diplegie bezeichnet. Beide zeigen: 1. Atrophia nervi optici mit Nystagmus horizontalis und Strabismus convergens beim Fixiren, 2. Bradylalie bei eigenthümlich monotoner Stimme, 3. spastische Bewegungsstörungen der Extremitäten. Bei dem älteren ($6^1/_2$ Jahre alten) Knaben tritt der Spasmus bei passiven Bewegungen des Kopfes, der Arme und Beine ein, an den Armen ist ausserdem Ungeschicklichkeit und Intentionstremor (bei Greifbewegungen), an den Beinen ein gewisser Grad von Parese unverkennbar; bei dem jüngeren (5 Jahre alten) Knaben besteht nur eine spastische Starre der unteren Extremitäten (die auch geringer ist als beim älteren) und eine Spur von Starre am Nacken. Während der ältere weder allein stehen noch gehen kann (Gang spastisch, Füsse nahe beisammen, schleifen am Boden), steht der jüngere allein (wenn auch breitbeinig) und kann allein gehen, sowie klettern und turnen, er schleift weniger, geht aber sehr breitbeinig und mit deutlicher Circumduction, wie der ältere. Bei dem älteren wurden die Krankheitssymptome bald nach der Geburt bemerkt, bei dem jüngeren traten sie erst gegen Ende des 2. Lebensjahres hervor, während die Entwickelung bis dahin normal war. Die Intelligenz ist bei beiden Knaben sehr gut entwickelt.

Indem F. die Differentialdiagnose dieses Krankheitsbildes von der Friedreich'schen Krankheit (als deren spastisches Gegenstück er die familiäre Diplegie bezeichnet) und der multiplen Sclerose giebt (der Hauptunterschied besteht nach F. darin, dass die multiple Sclerose nicht congenital vorkommt und einen in Schüben fortschreitenden Verlauf mit apoplectiformen Anfällen zeigt), verweist er auf eine grössere im Druck befindliche

Arbeit über cerebrale Diplegien, von welchen er 4 klinische Formen unterscheidet: 1. die allgemeine Starre (angeborene spastische Spinallähmung), 2. die paraplegische Starre (spastische Spinalparalyse der Kinder), 3. die bilaterale Hemiplegie, 4. die angeborene Chorea und die Hemiathetose. Diese cerebralen Diplegien, die sich in allen Stücken an die hemiplegischen Cerebrallähmungen der Kinder anschliessen und deren Kern die Fälle von sogen. Little'scher Krankheit bilden, sind demnach Grosshirnerkrankungen. Auch unter ihnen werden Fälle gefunden, die ausschliesslich motorische Symptome ohne Schwachsinn zeigen. Da übrigens auch ein Bruder der beiden Geschwister gelähmt und idiotisch war, so ist F. geneigt, die beschriebene familiäre Affection den cerebralen Diplegien zuzurechnen. Zum Schluss giebt F. eine Uebersicht über (sieben) in der Litteratur berichtete Fälle von familiären Erkrankungen, welche er zu den cerebralen Diplegien zu rechnen geneigt ist. Hoppe.

---

497) **J. Wiglesworth:** Remarks on the pathology of so-called Pachymeningitis interna haemorrhagica.

(Brain. Autumn-Winter. 1892. Pag. 431.)

W. steht bezüglich der Entstehung der Pachymeningitis haemorrhagica interna auf einem von der herrschenden Virchow'schen Anschauung abweichenden Standpunkt. Er schliesst sich der früheren älteren Lehre wieder an, dass P. durch Blutungen primärer Natur entstehe, welche organisirt werden und dass die Schichtbildung durch aufeinander folgende Blutungen entstehe. W. leugnet also, dass die Entzündung die Ursache sei, betrachtet diese vielmehr als secundärer Natur, verursacht durch den Reiz, den das ergossene Blut setzt. Er sucht seine Ansicht durch folgende Punkte zu stützen:

Wären Membranen das erste und die Blutung secundär, so müsste man Membranen ohne Blutung finden. Das ist nicht der Fall. Wohl aber findet man Blutergüsse im subduralen Raum ohne die Spur einer Membranbildung. Wären Membranen die Ursache einer primären entzündlichen Exsudation von Blutgefässen der Dura, so müsste man in letzterer deutliche entzündliche Veränderungen finden. Das ist in frischen Fällen nicht der Fall. Sind entzündliche Veränderungen vorhanden, so seien diese secundär durch den Reiz des ausgetretenen Blutes aufzufassen. Auch die Structur der neugebildeten Membran spreche für die Ansicht des Autors; denn in frischen Fällen bestehe der Membran aus einem Fibrin-Fasernetz, welches rothe und weisse Blutkörperchen enthält, sieht also aus wie ein organisirter Thrombus. Die Affection ist nicht immer bilateral, aber meistens. Unter 54 Fällen war sie 20mal völlig einseitig. W. meint, wenn die Ursache entzündlicher Natur wäre, müssten mehr gleichmässig beide Schädelseiten afficirt sein. An der Oberfläche des Tentorium cerebelli ist die hämorrhag. Membran nicht ungewöhnlich, an der unteren Fläche aber sehr selten. W. hat keinen Fall letzterer Art gesehen. Dies sei schwierig durch Entzündung zu erklären. Die P. wird bei Degenerationen und atrophischen Zuständen des Gehirns getroffen. Desshalb sieht W. in der Beeinträchtigung der Ernährung durch die Meningealgefässe bei solchen Gehirnen die Hauptursache zum Zustandekommen der P., wobei locale und allgemeine Congestionen

der Meningen noch unterstützend mitwirken. W. meint, das ergossene Blut diene als Mittel, den Raum auszufüllen, der bei dem atrophirenden Gehirn sich bildet (? Ref.) und unterstützt diese Ansicht dadurch, dass für gewöhnlich durch dies Blut keine Symptome gesetzt werden. Nur in einer geringen Anzahl sei die Blutung bedeutend und verursache Symptome.

Wichmann.

---

498) **P. Blocq** et **F. Marinesco**: Tremblement Parkinsonnien, hémiplégique, symptomatique d'une tumeur du pédoncule cérébral. Acad. de méd.

(Le Bulletin médic. 1893, Nr. 43.)

Der Kranke bot bei Lebzeiten die characteristischen Anzeichen der Paralysis agitans; bei der Section des an Lungentuberculose verstorbenen Kranken fand sich ein olivengrosser Tuberkel am rechten Hirnschenkel. Derselbe nahm zum grossen Theil die Subst. nigr. Sömmer. ein, hatte jedoch den Fuss der Grosshirnschenkel, die oberen Kleinhirnschenkel und die Fasern des Oculomotorius verschont. Es fand sich weder absteigende, noch aufsteigende Nervendegeneration. — Einen identischen Fall hat Charcot, analoge Fälle (Intentionstremor) Mendel und Benedikt publicirt. Demnach scheint es, dass durch nicht destructive Processe des Hirnschenkels Zittern entstehen kann, das höchst wahrscheinlich auf einer besonderen Reizung des Pyramidenbündels beruht.

Buschan-Stettin.

---

499) **John Watson**: Acute ascending Paralysis (Landry's).

(The Brit. med. Journ., 10. Dec. 1892, pag. 1286.)

Ein 52jähriger Mann schläft in betrunkenem Zustande 4—5 Stunden auf feuchtem Erdboden, wird dann von anderen nach Haus gefahren und zu Bett gebracht. Am folgenden Morgen konnte er die Beine nur mit grosser Mühe bewegen, klagte über Schwächegefühl in den Beinen und über Schmerz in der unteren Rückengegend, sowie über Prickeln in den Füssen und Händen. Im Verlauf von weiteren 5 Tagen trat Verschlimmerung ein, so dass der Kranke in's Spital gebracht wurde.

Status bei der Aufnahme: Vollständige Paraplegie, keine Anästhesie, kein Fussclonus, Fehlen der Patellarreflexe beiderseits. Pupillen reagiren langsam auf Licht und Accomodation. Herz und Lungen frei. Urin 1020, ohne Eiweiss.

Am folgenden Morgen ist zu der Paraplegie der Beine noch Lähmung der Bauchmuskeln hinzugekommen; die Bauchpresse kann nicht ausgeübt werden. Oberflächliche Bauchreflexe fehlen. Keine Urin- und Stuhl-Incontinenz. Im Lauf des Tages stieg die Lähmung schnell weiter nach oben; der Reihe nach werden die Bauchmuskeln, unteren und oberen Intercostales, dann die Hand-, Arm- und schliesslich die Schultermuskeln, schliesslich auch das Zwerchfell ergriffen. Das Schlucken wird unmöglich. Tod durch Erstickung. Zuletzt wurde noch eine Milzschwellung und eine deutliche Schwäche der Massetermuskulatur und der Facialismuskeln constatirt, so dass die Augenlider nicht fest geschlossen werden konnten. Die Wirbelsäule war nicht empfindlich. Der Tod trat vor Ablauf des 8. Krankheitstages ein. Die Behandlung hatte in Anwendung von Gegenreizen auf die Wirbelsäule und Ergotin innerlich bestanden.

Obduction 6 Stunden post mortem: Eingeweide gesund. Leichte Congestion der Rückenmarkshäute; sonst kein macroscopischer Befund; auch die microscopische Untersuchung des Rückenmarks war negativ.

Wichmann.

---

500) Prof. **J. Hoffmann,** Heidelberg: Ueber chronische spinale Muskelatrophie im Kindesalter auf familiärer Basis.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1893.)

Seit Charcot wurde der progressiven Muskelatrophie vorzüglich spinaler Ursprung zugeschrieben, wie früher rein muskulärer, bis Erb zwei Hauptgruppen unterschied: die progressive spinale Amyotrophie und progressive muskuläre Dystrophie. Heute kennen wir als Zwischenglied auch die progressive neurotische Muskelatrophie (Hoffmann), aber es wird sich auch weiterhin ergeben, dass man die Unterscheidung dieser Gruppen nicht in allen ihren früher scharf characterisirten Merkmalen aufrecht halten kann. Während nur die Dystrophie für hereditär galt, schreibt man diesen Character jetzt auch manchen Formen der neurotischen zu und in vorliegender Arbeit werden 4 Fälle von spinaler Atrophie aus 2 Familien mit ausgedehntem klinischen und z. T. anatomischen Befund genau beschrieben. Die Anamnese ergiebt, dass in der einen Familie 6 Kinder von 15, in der anderen 2 von 6 dieser Atrophie verfallen waren. Die Familien waren nicht neuropathisch belastet und nicht verwandt untereinander. Die anfangs gesunden Kinder erfahren meist im 2. Lebenshalbjahr ohne alle gröberen Nebenerscheinungen (Fieber, Erbrechen, Convulsionen) allmählich (in Wochen bis Monaten) eine „Abnahme der Kraft ihrer Beine und der Promptheit und Ausgiebigkeit der Bewegungen". Erst werden Beckengürtel, Oberschenkel, Rückenmuskeln, dann nach Monaten oder Jahren die Muskeln des Schultergürtels, des Nackens, Halses und der oberen Extremitäten ergriffen. Nachdem die Parese schon auf Unterschenkel und Zehen übergegangen ist, erfahren auch Vorderarm und Hand dasselbe Geschick. Dadurch, dass die kleinen Patienten die Herrschaft über die von den betroffenen Muskeln versorgten Theile fast ganz verlieren, werden sie völlig hilflos und gehen endlich nach 1—4 Jahren an Lungenerscheinungen durch die Parese der Athemmuskeln zu Grunde. Die Atrophie wird für den gewöhnlichen Blick etwas verschleiert durch Fetteinlagerung im Unterhautzellgewebe; Hypertrophie, Pseudohypertrophie, Lipomatose der Muskeln fehlen. Keine Druckempfindlichkeit, Sensibilität intact. Schmerzen in gewissen Fällen vorhanden, in anderen nicht. Keine fibrillären Zuckungen, aber Entartungsreaction. Die Lähmungen sind schlaff, vollkommen symmetrisch, progressiv; Sphincteren bleiben intact. Cerebral-, Bulbärerscheinungen fehlen, ebenso Verdickung oder Schmerzhaftigkeit der peripheren Nerven. Rhachitis ist nicht vorhanden, die Lordose der Lendenwirbelsäule und des Kreuzbeins sind secundär. Es handelt sich um ein Rückenmarksleiden; gegen primäre Localisation in den peripheren Nerven spricht neben der Symmetrie auch das Fehlen von Sensibilitätstörungen. Der anatomische Befund bestätigte die Diagnose: Das ganze Rückenmark bis zur Oblongata, besonders in den Anschwellungen, zeigt Schwund und Atrophie der Vorderhornganglienzellen. Entsprechend sind die vorderen Wurzeln, etwas weniger die zugehörigen

Nerven, gewaltig endlich die Muskeln atrophirt. Querstreifung erhalten, Kerne vermehrt. Nur in einem Theil der motorischen Rückenmarksstränge sind (symmetrisch) die Nervenfasern schmächtiger, die Gliasubstanz reichlicher. An der Medulla schneiden die Veränderungen scharf ab; von Gehirnnerven sind degenerirt nur die spinalen Accessoriuswurzeln.

Heredität, das allmähliche Erkranken, Symmetrie, Progression unterscheiden das Bild von der acuten Kinderlähmung, welcher die in Rede stehende Krankheit hinwieder ähnlich ist, durch die Zeit ihres Auftretens, die schlaffe Lähmung, die Entartungsreaction, das Fehlen der Sehnenreflexe, der fibrillären Zuckungen, die Sphincteren-Intactheit, die Obesitas und Lordose. Die cerebrale Kinderlähmung ist verschieden durch mangelnde Progression und Atrophie, durch Spasmen und die wechselnde Localisation. Die progressive neurotische Muskelatrophie zeigt neben vielen Aehnlichkeiten Hauptunterschiede darin, dass zuerst die distalen Extremitätenpartien befallen werden, dass motorische und sensible periphere Nerven, im Rückenmark aber nur die sensiblen Bahnen ergriffen sind. Vor der Gruppe der Dystrophien zeichnen sich endlich die abgehandelten Fälle durch Localisation und Zeit des Auftretens der Krankheit und vor allem durch die degenerative Atrophie aus.

Was der Aufsatz bezweckt, ist nicht die Bildung eines neuen Typus, sondern die Belehrung, dass auch die chronische spinale Muskelatrophie familiär (hereditär) und im Kindesalter vorkommt. Somit werden diese Merkmale bei der Eintheilung der progressiven Muskelatrophien nicht mehr als Prüfstein benützt werden können. Scheiber-Würzburg.

---

501) **William Osler** (Baltimore): Remarks on the varieties of chronic chorea and a report upon two families of the hereditary form, with one autopsy.

(The journal of nervous and mental disease 1893, 2.)

Der Name „chronische Chorea“ ist in letzter Zeit vielfach ausschliesslich für die Huntingdon'sche hereditäre Chorea angewandt worden und das mit Unrecht. Denn der Begriff der chronischen Chorea umfasst naturgemäss auch andere nicht hereditäre, heilbare Krankheitsfälle. Hierhin gehören zunächst diejenigen Fälle von gewöhnlicher Chorea, welche in verschiedenem Lebensalter auftreten, langsam beginnend, oft Jahre lang dauern, ohne zu Verblödung zu führen und schliesslich heilen. Als Chorea spastica des Kindesalters sind verschiedentlich Zustände beschrieben worden, welche richtiger als spastische Paraplegien mit choreiformen oder athetoiden Bewegungen bezeichnet werden und welche zunächst von der eigentlichen Chorea ganz zu trennen sind. Der Huntingdon'schen Chorea sehr nahe stehen Fälle, in welchen ohne nachweisbare hereditäre Veranlassung in verschiedenen Lebensaltern (zum Theil schon in der Kindheit) beginnend Chorea und zugleich Dementia sich entwickelt und allmählich völlige Verblödung entsteht. Eine Reihe derartiger Fälle sind in Irrenanstaltsberichten der letzten Zeit erwähnt worden. Zum Schlusse berichtet O. über 2 Familien, in welchen zahlreiche Fälle von Huntingdon'scher Chorea vorgekommen sind. Bei einem Mitgliede derselben konnte die Section gemacht werden. Es fand sich Trübung und starke seröse Durchtränkung der Pia, Verkleinerung

der Windungen, Verdickung und Degeneration der Gefässwandungen, leichte Atrophie der Ganglienzellen der Hirnrinde. Hirnstamm und Rückenmark waren angeblich normal. Strauscheid.

---

502) Prof. Dr. **Karl Dehio,** Dorpat: Ueber symmetrische Gangrän der Extremitäten (Raynaud'sche Krankheit).

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1893.)

Das spontane Absterben von Körpertheilen zeigt in seltenen Fällen eine ausgeprägte Symmetrie. Vorzüglich werden Finger- und Zehenenden, aber auch Ohren, Wangen und Nates symmetrisch befallen. Die Zeit der Erkrankung liegt gewöhnlich vor dem 30. Lebensjahre, Frauen sind disponirter. Gefühle von Kriebeln, Taubsein, dazu Schmerzen, spontan und auf Druck, und Steifigkeit bei Bewegungen leiten den Process ein. Die Aufhebung von Berührungsgefühlen, Blässe, Kälte der betroffenen Theile (angiospastische Anämie, regionäre Ischämie — Weiss, locale Synkope — Raynaud) ersetzt allmählich einen Zustand von Cyanose bis beinahe zur Schwarzfärbung, von unerträglichster Schmerzsteigerung, von Blasenbildung der Epidermis (locale Asphyxie — Raynaud, regionäre Cyanose — Weiss). Darauf folgt trockener Brand. Gewöhnlich wird die Haut allein zerstört, so dass die Fingerenden sich zuspitzen; mitunter geht auch der Knochen verloren. Wenn man oben genannte Circulationsstörungen in leichter Ausprägung bei nicht wenigen Gesunden sehen kann, so entwickelt sich der höhere Grad nur sehr selten bei solchen und ist in vielen Fällen nur als Ausdruck bedeutender Erkrankungen im Centralnervensystem betrachtet worden. Verf. erklärt sich für das selbstständige Auftreten des Processes, indem er die Krankengeschichte einer 31jährigen Person und den pathologisch anatomischen Befund der amputirten Finger vorträgt. Pat. war eine Zeit lang Wäscherin gewesen. Der Beginn des Leidens, Krummziehung der Finger, wird auf plötzlichen Schreck geschoben. Nach vorübergehender Ausgleichung am nächsten Tage Cyanose, Schwellung, Gefühllosigkeit, bohrende Schmerzen bis in die Unterarme, durch Abkühlung gesteigert. Schliesslich mumificirende Gangrän der Haut der Fingerenden und z. T. der 2. Phalangen in überraschender Symmetrie. Nur der eine Kleinfinger ist weniger betroffen als der andere. Ausser an diesem und den beiden Daumen necrotisirte, proximal nicht so weit wie die Hautbedeckung, der Knochen. Die Daumen blieben zugespitzt, mit Narbengewebe überzogen; der eine Kleinfinger ebenfalls. Die anderen Finger verloren die betroffenen Partien theils durch Abstossung, theils durch Amputation. Die Schmerzen sistirten; Muskeln, Haut, Knochen an Händen und Armen zeigten nun keine Ernährungsstörungen, keine Atrophie. Diabetes, Nephritis, Secale-Vergiftung, Infectionskrankheiten, embolische Gefässkrankheiten, eine nachweisbare Einwirkung von Syphilis fehlten. An keinem Organ fand sich etwas abnormes.

Im anatomischen Präparat zeigte sich entzündliche Infiltration vorzüglich um die Gefässe der Cutis, weniger um die Nerven. Der Hauptbefund war Wucherung der Intima bis zum Verschluss der Gefässlumina (fibröse Endarteritis und Endophlebitis); Nervenfasern und Markscheiden waren zu Grund gegangen. Verf. folgert nach Ausschluss obiger Krank-

heiten, unter Hinweis auf die characteristische Symmetrie und das gleichzeitige Entstehen eine Verantwortlichkeit des Centralnervensystems für die in Rede stehende Erkrankung. Die blosse Gefässsclerose in Folge des anstrengenden Dienstes der Kranken kann er höchstens als begünstigendes Moment für die Auslösung des Processes von einem gemeinsamen Punkte aus ansehen. Da der vasomotorischen die trophische Störung folgte, so nimmt er hypothetisch eine enge Nachbarschaft oder Verwandtschaft des betreffenden trophischen und vasomotorischen Centrums an. Periphere Neuritis als Grund lässt Verf. nicht gelten, da bis jetzt sicherer erwiesen ist, dass Neuritis secundär in der Umgebung anatomischer Veränderungen entsteht. So fasst er sie auch in seinem Falle auf. Im Uebrigen erwähnt er noch die Möglichkeit einer Complication schwerer Centralnervensystemerkrankungen mit dieser hier isolirt gefundenen Erkrankung, leicht begreiflich aus der eventuellen Zerstörung des betreffenden Centrums.

Dr. Scheiber.

---

503) **A. Maude**: Tremor in Graves' Disease.

(Brain. Autumn-Winter. 1892. Pag, 424.)

M. sucht seine Landsleute mit dem Symptom des Tremors bei Morbus Basedowii näher bekannt zu machen, weil dieses Symptom gerade in England bisher wenig beachtet sei. Er giebt zu dem Zweck eine kurze und gute Uebersicht mit Berücksichtigung der namentlich französischen Litteratur und eigener Beobachtungen. Wichmann.

---

504) **A. Neumann**: Bericht über eine Strumectomie bei Morbus Basedowii. — Vortrag in der Freien Vereinigung der Chirurgen Berlins.

(Berlin. klin. Wochenschr. 1893, Nr. 28.)

Die 30jährige, hereditär nicht belastete Kranke bekam April 1890 allerhand nervöse Störungen, welche sich trotz aller Behandlung immer mehr steigerten, bis September 1891 Herzklopfen und Januar 92 Vergrösserung der Schilddrüse sich einstellte. Sie kam dabei körperlich sehr herunter. Bei ihrer Aufnahme in's Krankenhaus Friedrichshain April 92 zeigte sie deutliche Vergrösserung der Seitenlappen der Thyreoidea, deutlichen Exophthalmus, Gräfe'sches Symptom, sehr beschleunigten Puls (132) und systolisches Blasen an allen Ostien des Herzens, Athemnoth.

Am 3. Mai 92 Strumectomie nach Kocher unter Zurücklassung eines geringen Drüsenrestes. Glatter Wundverlauf. In den ersten Tagen nach der Operation stieg die Pulsfrequenz bis zu 160 und 180, fiel aber am dritten bis auf 88 und ging nach 11 Tagen bis zur Norm herab. Am 16. Juni wurde Pat. geheilt entlassen. In den seit der Operation verflossenen 9 Monaten ist sie frei von Beschwerden geblieben, sie hat an Körpergewicht anhaltend zugenommen, der Exophthalmus ist völlig geschwunden, die Struma ist nicht wieder gewachsen. Hoppe.

---

505) **J. Michell Clarke**: On Hysteria.

(Brain. Autumn-Winter. 1892. Pag. 522.)

Eine sehr gute, kurze Bearbeitung der Hysterie nach den neuesten Schriften besonders der französischen Schule. Doch wird auch die wichtigste

ältere Litteratur berücksichtigt. Wer sich über den derzeitigen Stand der Kenntniss der Hysterie informiren will, findet hier alles beisammen. Neues bietet die Arbeit für Denjenigen nicht, welcher die Charcot'schen Arbeiten und die seiner Schüler, namentlich Pitres, Gilles de la Tourette, Guinon, Souques etc. kennt. Wichmann.

---

506) **C. Ferrarini** (Lucca): Contributo allo studio delle psicosi post-operatorie.

(Nuova rivista di psichiatria, I, 1893, Nr. 11—14.)

Verf. berichtet kurz über einen 52jährigen Mann, der aus gesunder Familie stammend, später stets gesund war, bis er vor einiger Zeit an Zungenkrebs erkrankte; unmittelbar nach der desswegen unternommenen Zungenamputation erkrankte er an Melancholia cum delirio. Der Fall verdient desshalb Erwähnung, weil ein Theil der sonst für das Entstehen von Geisteskrankheiten nach Operationen verantwortlich gemachten Momente hier ganz oder grösstentheils wegfiel. Da zuvor die art. linguales unterbunden waren, fiel der Blutverlust weg, die Diät war bis zum Operationstage die normale, die Temperatur blieb stets normal, von Desinfectionsmitteln wurde nur die unschädliche Borsäure angewandt und die Chloroformnarkose dauerte kaum eine Minute, da die eigentliche Zungenamputation ohne Narcose ausgeführt wurde. Es bleibt also fast nur der psychische Eindruck als Aetiologie für die unmittelbar nach der Operation entstehende Psychose übrig, der allerdings ein durch die Krebscachexie geschädigtes Gehirn traf. Strauscheid.

---

507) **Rodrigo Fronda:** Contributo allo studio del delirio cronico.

(Il Manicomio moderno 1892, H. 2 u. 3.)

Auf Grund von 7 Beobachtungen, die auszugsweise mitgetheilt werden, kommt Verf. zu dem Schlusse, dass das chronische Delir Magnan's, so wie es von diesem Autor geschildert worden ist, in Wirklichkeit nicht selten vorkommt. In der Mehrzahl seiner Fälle fand F. eine leichte hereditäre Belastung, doch kann dieselbe auch vollständig fehlen. Die Entwicklung des chronischen Delirs (von Möbius bekanntlich übersetzt als Paranoia completa) ist nicht immer dieselbe, es kann eine der Perioden fehlen, so besonders die der Grössenideen; zuweilen geht die letztere auch der Periode des Verfolgungswahns voraus. Der vorherrschende Character bleibt vom Beginne bis zum Schlusse der Krankheit der Verfolgungswahn, der auch während der Grössenwahnperiode nicht verschwindet. Von dem Delir der Entarteten unterscheidet sich das chronische Delirium schon im Beginne der Erkrankung dadurch, dass letzteres im späteren Lebensalter auftritt, bei wenig oder gar nicht erblich Belasteten, nach einer mehr oder minder langen Incubationszeit; das Delirium der Entarteten gleicht durchaus der Amentia, der Paranoia acuta. Die Unterscheidung beider Formen ist auch prognostisch von Bedeutung, da ja das chronische Delir unheilbar, das Delir der Entarteten dagegen heilbar ist, aber gern recidivirt.

Strauscheid.

---

508) **F. Del Greco** (Nocera): Il delirio sensoriale in rapporto alle diverse forme di paranoia.

(Il Manicomio moderno 1892, Bd. 2 u. 3.)

Auf Grund von klinischen Beobachtungen wie theoretischen Erwägungen kommt Verf. zu dem Schlusse, dass die acute hallucinatorische Verwirrtheit (das delirium sensoriale) zu der Gruppe der paranoischen Erkrankungen gehört. Nicht nur kommt die Verwirrtheit nicht selten als episodische Erscheinung bei der chronischen, typischen Paranoia vor, es giebt auch zwischen diesen beiden Extremen der Paranoia fliessende, jeder genaueren Rubricirung trotzende Uebergänge. Die Verdunkelung des Bewusstseins, welche mit Erscheinungen von Erregung, Depression etc. gepaart das Wesen der Verwirrtheit ausmacht, kommt auch jeder chronischen Paranoia zu; sie erst ermöglicht das Auftauchen der Wahnideen. Zwischen der chronischen Verrücktheit und der Verwirrtheit giebt es eine grosse Anzahl von Krankheitsbildern, welche sich alle durch Aenderung der Persönlichkeit kennzeichnen; diese giebt sich nicht nur durch eine Störung der apperceptiven Functionen zu erkennen, sondern auch durch einen gemüthlichen Erregungszustand (Angst), welcher nach und nach den ganzen Geist bezwingt und der im Keime auch sich in den vagen Befürchtungen und Zweifeln des Prodromalstadiums der chronischen Paranoia wiederfindet. Für letztere Krankheitsbilder hält Verf. den Namen Paranoia acuta für am geeignetsten. Alle diese so verschiedenen, aber in wesentlichen Punkten übereinstimmenden Krankheitsbilder gehören der Gruppe der Paranoia an; diese Paranoia (im weitesten Sinne) ist ein Process geistiger Entartung, der zu seiner Entwicklung ein „invalides" Gehirn voraussetzt und bald mehr eine sich fortentwickelnde Krankheit, bald mehr einen dauernden Zustand in einem degenerirten Geiste darstellt. Je nach der verschiedenen ursprünglichen geistigen Veranlagung hat der Krankheitsprocess einen verschiedenen Verlauf; in einigen acuten Formen kann er zum Stillstande kommen und selbst mit kaum merklichem Defecte heilen.

Strauscheid.

---

509) **Adolf Strümpell**: Ueber die Entstehung und die Heilung von Krankheiten durch Vorstellungen. — Rede beim Antritt des Prorectorats der Universität Erlangen, 4. November 1892.

(Berl. klin. Wochenschr. 1893, Nr. 1.)

Vortr. ist der Ansicht, dass viel mehr als bisher die Heilkunde den Thatsachen Rechnung tragen und Beachtung schenken muss, welche für eine Beeinflussung körperlicher Zustände durch psychische Vorgänge sprechen. Indem er auf die Beobachtung hinweist, dass jede stärkere psychische Erregung eine Anzahl der auffallendsten körperlichen Erscheinungen (welche bekanntlich von Lange näher analysirt worden sind. — Ref.) zur Folge hat, betrachtet er dieselben als „unmittelbare Vorstufe zu ungemein häufigen wirklichen Krankheitszuständen, welche einem unaufmerksamen Beobachter leicht als rein körperliche Leiden erscheinen, während sie doch in Wirklichkeit nichts anderes sind, als die nothwendigen körperlichen Folgen rein geistiger Vorgänge und daher auch nur mit diesen zusammen wieder verschwinden können", ja er ist überzeugt, dass die Zahl solcher

durch primär psychische Vorgänge entstandenen scheinbar rein körperlichen Erkrankungen mindestens ebenso gross ist wie die Zahl der wirklich rein körperlichen Krankheiszustände.

Die Nervosität möchte S. nicht zu diesen eigentlichen psychisch bedingten Krankheiten rechnen, sondern er betrachtet dieselbe als eine besondere geistige Constitution („als den Ausdruck der besonderen geistigen Individualität"), die durch das besonders häufige und leichte Auftreten gewisser Vorstellungen und Vorstellungsgruppen characterisirt ist. Von diesen haben allerdings die hypochondrischen Vorstellungen einen so wesentlichen Einfluss auf den Körper, dass dieselben mittelbar die Ursachen zahlreicher Krankheitszustände werden.

Was die Heilung krankhafter Zustände durch psychische Einflüsse anbetrifft, so ist S. von der Macht und der Bedeutung derselben völlig durchdrungen, er betrachtet diese Macht als die gefährlichste Waffe des Kurpfuscherthums gegenüber der wissenschaftlichen Heilkunde. Den Aerzten erwächst die Aufgabe, die Grenzen dieser Macht festzustellen und die besten Methoden zur Anwendung ihrer Heilfactoren anzuwenden.

Gegen den Hypnotismus hegt S. schwere Bedenken, da der Zustand der Hypnose schon an und für sich als etwas krankhaftes, abnormes angesehen werden muss. Nach S. ist die Hypnose nichts anderes als eine künstlich hervorgerufene schwere Hysterie und trägt stets die Gefahr in sich, den Ausbruch schwerer hysterischer Erscheinungen zu veranlassen. Dazu kommt, dass die Heilerfolge, welche der Hypnotismus erzielt, auch auf andere Weise, durch eine rationelle psychische Therapie erzielt werden können, welche ohne der künstlich geschaffenen Bewusstseinsstörungen zu bedürfen, „in der wissenschaftlichen Erkenntniss und psychologischen Analyse der krankhaften Vorgänge selbst den Punkt findet, wo eine unmittelbare psychische Beeinflussung des Kranken die abnormen Zustände desselben zu beseitigen im Stande ist." Hoppe.

---

510) **H. Dehio** (Riga): Ueber einige pathologische Schlafzustände.
(St. Petersb. med. W. 1893, Nr. 22.)

Vortrag mit übersichtlicher Zusammenstellung des über derartige Zustände Festgestellten. Zum Schluss eine eigene Beobachtung an einer 30jährigen Epileptischen, die fast täglich mehrere typische Krampfanfälle hatte. Hier trat eines Nachmittags ohne directen Zusammenhang mit einem Anfall ruhiger, tiefer Schlaf ein, der fast 6 mal 24 Stunden dauerte. Die Schlafperiode fiel in ein anfallfreies Intervall von der in diesem Fall ungewöhnlichen Dauer von 11 Tagen. D. glaubt desshalb, den Schlaf als Aequivalent für eine Anfallsserie auffassen zu müssen.

Mercklin.

---

511) **S. Rembold** (Stuttgart): Acute psychische Contagion in einer Mädchenschule.
(Berl. klin. Wochenschr. 1893, Nr. 27.)

Durch die Mittheilungen von Palmer und Hirt veranlasst, berichtet R. über eine ganz acut aufgetretene hysterische Epidemie, welche er Januar

1892 in einer Klasse von 9—10jährigen den unteren Ständen angehörigen Mädchen beobachtet hat.

Gleich nach Beginn des Unterrichts (nachdem die Kinder bereits eine halbe Stunde in der Kirche gewesen) war eines der Mädchen plötzlich ohne Ursache bewusstlos hingesunken; in kürzester Zeit war eine ganze Anzahl der Kinder in derselben Weise bewusstlos, während andere jammernd und zitternd sich über heftiges Unwohlsein beklagten. Als R. herbeigerufen in die Schule kam, fand er auf dem Corridor einen Zug aufgeregter, lärmender Mädchen; eine oder zwei führten oder schleppten eine andere, welche meist völlig erschlafft, den Kopf auf die Brust gesenkt, die Beine nachschleifend, in den Armen ihrer Gefährtinnen lag. Im Zeichensaal sassen ca. 40 Mädchen, die einen (ca. 10) scheinbar völlig bewusstlos (besonders characteristisch war bei ihnen die zitternde Bewegung der Oberlider wie bei Hypnotisirten), andere laut weinend oder krampfhaft schluchzend, am ganzen Leibe heftig zitternd, der Rest erschreckt die Genossinnen anstarrend. Nachdem die letzteren weggeschickt und die Erregten unter beruhigendem Zuspruch an's Fenster gestellt waren, wo sie langsam und tief Athem holen mussten, wurden die Bewusstlosen, welche auf Anrufen und Schütteln nicht reagirten, durch kräftige Begiessung mit kaltem Wasser und energisches Anfahren schnell wieder zum Bewusstsein und auf die Beine gebracht.

Befallen war etwa der dritte Theil der Klasse und ein 13jähriges Mädchen einer anderen Klasse, in welche der Lärm gedrungen war.

Hoppe.

---

512) **Bournevilie** et **Dauriac**: Idiotie complète symptomatique de double porencephalie vraie.

(Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hysterie et l'idiotie. Compte rendu de Bicêtre pendant l'année 1892.)
Paris 1893.)

Fall VIII. Verf. bringt einen Fall von doppelseitiger Porencephalie bei einem 6jährigen Kinde. Aus der ausführlichen Anamnese sei angeführt: Eltern relativ normal, Vater trinkt mässig, raucht excessiv. Mutter hatte als Kind Zahnkrämpfe. Ausser der beschriebenen Kranken leben 4Kinder, sind gesund. In der Gravidität mit diesem Kinde stürzte die Mutter aus einem Wagen. Kein Abortus, ganz normale Geburt. Erste Convulsionen des Kindes mit 3 Monaten, hauptsächlich rechterseits; nach einer Art aura Zungenbisse und Zähneknirschen etc.; keine folgenden Lähmungen. Das Kind blieb stets unrein, oft Verstopfung. Im 5. Jahre Fieber mit starken Kopfschweissen. Ausser „Papa“, „Mama“ keine articulirten Aeusserungen, nur Schreie.

Bei der Aufnahme des fast 6jährigen Kindes wurde bemerkt: Kopf microcephal, an der Stirnhaargrenze quere Einsenkung, Stirn platt, nicht fliehend. Bulbi allseits beweglich. L. Pupille grösser als R. Augenspiegelbefund: Links Sehnervenatrophie. — Mydriasis, Lichtreaction. Rechts kein Befund möglich, totale Blindheit, keine Reaction. Zunge beweglich; viel Zähneknirschen. Ohren abstehend. — Linkes Bein handbreit länger als rechtes. Beide Beine flectirt im Knie- und Beckengelenk, in Abductionsstellung. Patellarreflex l. gesteigert. Plantarreflexe kaum merklich. Schlingen

allgemein erschwert. Bleibt unrein. Seitliches Pendeln des Kopfes. Liegt stets contract im Bett. — 17. Juli 1892 exitus (Lungenlähmung), Autopsie: Schädelkapsel dünn mit transparenten Stellen, Nähte wohlerhalten, keine Schaltknochen. Die Dura gleicht 2 nicht ganz gefüllten Taschen. 250 Gramm Cerebrospinalflüssigkeit fliessen ab. Hirngewicht 490 Gramm. L. Hemisphäre langgestreckt von vorn nach hinten, R. kürzer und verbreitert.

L. Hemisphäre: 5 cm hinter dem Stirnpol porencephalischer Defect in der ganzen Dicke der Hirnrinde. Ventrikel freigelegt. Defectlänge 6 cm, die Ränder durch Umbiegen der Windungen gebildet. Die 2. und 3. Stirnwindung atrophirt, Regenwurm dick, zeigen Pia-Adhäsionen. Fossa sylvii fehlt, im Defect aufgegangen. Den Defect begrenzen oben die Centralwindungen mit Rolando'scher Furche. Occipitalwindungen rudimentär. Der Defect ist von seröser Membran ausgekleidet. Der 3. Ventrikel nicht erweitert. Die Windungen der Medianfläche unregelmässig, am Stirnhirn flach. Ammonshorn, Gyrus hippocampi fehlen. R. Hemisphäre: Defect, 4 cm vom Stirnpol beginnend, liegt rechts mehr auf derHöhe der Hemisphäre, 3 cm lang, gleicht einer keilförmigen Spalte (Rolando'scher Furche); oben am breitesten. Ventrikel liegt frei. Fossa Sylvii und Insel fehlen, ebenso Paracentralläppchen. Grosse Ganglien verschmelzen median mit dem Stirnhirn. Schläfenlappen rudimentär.

Medulla oblongata scheint normal. Kleinhirn symmetrisch, Wurm platt. Aus dem Falle schliesst Verfasser: I. Hereditäres Moment hier belanglos, II. ätiologisch ist der Sturz der Mutter (s. o.) anzuschuldigen, III. die Convulsionen sind durch die Meningo-encephalitis (s. Adhäsionen) erklärt, IV. Pendelbewegungen des Kopfes und Rumpfes sind typische Erscheinungeu (Tic's), 5. die Microcephalie ist hier Folge, nicht Grund der Hirnstörung, VI. bezüglich der früher referirten Fälle (1890 und 1891) nimmt Verf. an, es giebt wahre und falsche Porencephalie. Die wahren sind die congenitalen, haben Communication des Ventrikels mit der Aussenfläche, die Windungen biegen in den Defect hinein. Die falschen sind Effecte pathol. Substanzverluste in der Hirnmasse, die Wände des Defectes von dem jeweiligen Substrat gebildet. — Genaue Symptomenbilder lassen sich natürlich nicht allgemeingiltig darstellen; — aber Idiotie, Lähmungen und Contracturen sind gewöhnlich vorhanden bei Porencephalie. — Bei allen 4 Fällen völlige Idiotie — geringe Verschiedenheiten im Sitze der Läsion. — 2 der Fälle waren einseitige, 2 doppelseitige Porencephalien — letztere sind aber die häufigeren. — Keiner der 4 Fälle hatte Nahtverknöcherung: „die knöcherne Kapsel des Gehirns ist abhängig vom Wachsthum des nervösen Centralorgans. Steht des letzteren Wachsthum still, so hört die Schädelkapsel auf zu wachsen.“ — Die Ausstattung auch dieses Falles bezüglich Einzeldaten und photographische Tafeln ist eine vorzügliche. —

Bernard (Würzburg.)

512) **Bourneville** et **Noir**: Idiotie méningitique.
(Recherches cliniques etc. Compte rendu de Bicêtre pendant l'année 1893. Paris 1893.)

Fall I. Das 3jährige Kind stammt aus einer sowohl väterlicherseits wie mütterlicherseits stark trinkenden Familie. Mutter hatte ausserdem als Kind Convulsionen (trank 1 Liter Rhum täglich, starb in der Anstalt). Von 10 Kindern sind 5 gestorben, die 4 ausser dem Patienten vorhandenen auch entartet.

Mutter trank seit der Conception; hatte 2 eclampt. Anfälle. Die Amme hat nichts abnormes an dem Kinde bemerkt. — Gaumen sehr stark gewölbt. Die Hände, hauptsächlich die rechte, gegen den Vorderarm gebeugt. 2.—5. Finger eingezogen, ulnar-abducirt. Vollständige Idiotie. — Kurz nach dem Eintritt (25. I. 92) Masern mit unregelmässigem Temperaturgang. Am 8. II. 92 exitus. (Otitis media suppurativa, äusserste Schwäche). Postmortale Temperatursteigerung. Autopsie: Thymus persistirt, wiegt 10 Gramm. Schädelbasis und -Gewölbe asymmetrisch. Hinterhaupt links abgeplattet. Kapsel normal dick. 2 transparente Stellen neben der Medianlinie. Stirnnaht verstrichen, die anderen Nähte erhalten, theils stark gezähnelt. Viel Flüssigkeit beim Oeffnen. Dura stark adhärent. Pia hyperämisch. Hirn 896 Gramm.

Auf der linken Hemisphäre viel Adhäsionen am Stirnhirn. An der rechten Hemisphäre Adhäsionen in der Verlängerung der Fossa Sylvii, am Parietalhirn sowie Temporal- und Occipitallappen. Die Basis bietet Adhäsionen am Orbitaltheil. Ventrikel deutlich erweitert. Kleinhirn und Theile der Medulla verhärtet. Erwägungen: I. der Alcoholismus hat sich in seinen Folgen gezeigt, II. die anamnest. Angaben der Pflegemutter müssen gefälscht sein. III. die transparenten Schädelstellen sind bemerkenswerth.

Bernard (Würzburg).

---

513) **L. C. Gray** (New-York): Cases that should be operated upon by craniectomy.
(The american journal of the medical sciences. June 1893.)

Verf. ist im Gegensatz zu Bourneville und dessen Schülern der Ansicht, dass die vorzeitige Synostose der Schädelnähte bei der Aetiologie der Idiotie eine beträchtliche Rolle spiele. Er glaubt, dass man ihr Vorkommen auch mit einiger Sicherheit erkennen könne, indem man alle anderen organischen Affectionen des Gehirns, die sich durch bestimmte somatische Symptome kennzeichneten, ausschliesse. Ausser der vorzeitigen Nahtverknöcherung können aber noch frische Hirnverletzungen und Blutungen zuweilen durch eine Craniectomie günstig beeinflusst werden. Was die Resultate der Operationen angeht, so weist G. darauf hin, dass auch nach der Trepanation das Gehirn sich nicht so rasch wie ein gesundes entwickle und dass man desshalb mit einem Urtheile erst bis nach Jahresfrist zurückhalten müsse. Aus diesem Grunde ist Verf. auch nicht in der Lage, schon jetzt über sichere, bestimmende Resultate zu berichten.

Dieser Meinungsäusserung dürfte nach der inzwischen erfolgten mit Thatsachen belegten Veröffentlichung von Bourneville im Progrès médical nicht viel Gewicht beizulegen sein. Strauscheid.

V. Zur Tagesgeschichte.

Psychiatrie als Examensfach.

Im Nachstehenden gelangt die Eingabe zum Abdruck, welche im Auftrag des Vereins der südwestdeutschen Irrenärzte an die Regierungen von Bayern, Würtemberg, Baden, Elsass-Lothringen und Hessen gerichtet worden ist.

Es liegt auf der Hand, dass gerade die Einzelstaaten das meiste Interesse an der Einführung der Psychiatrie in die ärztliche Approbationsprüfung haben müssen. Denn dass eine ordentliche psychiatrische Ausbildung wenigstens ihrer amtlichen Aerzte nöthig ist, dies dürfte schon mancher Regierung durch trübe Erfahrungen hinreichend klar geworden sein; und die Erfahrungen würden in Zukunft wohl noch erheblich trübere werden, wenn nicht etwas mehr in dieser Richtung geschähe. Nun ist aber den Einzelstaaten die psychiatrische Ausbildung ihrer Physicats-Candidaten ganz erheblich erschwert, wenn diese während ihrer eigentlichen Studienzeit in psychiatricis ganz unwissend geblieben sind und erst in vorgerückterem Alter sich überhaupt in diese schwierigen Gedankengänge einleben sollen. „Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr“. Sollte also auch das Reich, das keine amtlichen Aerzte hat, meinen, es genüge Sorge dafür zu tragen, dass die jungen Aerzte dem Publikum sich ohne Gefahr für Leib und Leben mit Giften, stechenden, schneidenden Instrumenten, Pilzkulturen und dergl. nähern können, so kann dies jedenfalls den Einzelstaaten pro physicatu nicht genügen. Denn ihre Amtsärzte und schliesslich auch alle praktischen Aerzte, für deren Ausbildung das Reich sorgt, brauchen doch wahrlich die Psychiatrie gerade so nothwendig, wie dieses alles.

Folgendes ist der Wortlaut des Schriftstückes:

„Die ehrerbietigst Unterzeichneten sind von der am 5. und 6. November 1892 in Karlsruhe tagenden Jahresversammlung des Vereins südwestdeutscher Irrenärzte, welcher sich zusammensetzt aus Vertretern der Kgl. bayerischen Kreise Unterfranken und Pfalz, des Königreichs Württemberg, der Grossherzogthümer Baden und Hessen und des Reichslands Elsass-Lothringen, beauftragt worden, im Namen der Versammlung den hohen Regierungen der genannten Bundesstaaten nachstehende Bitte vorzutragen:

Hochdieselben mögen bei den gegenwärtig im Gange befindlichen Vorarbeiten für die Neu-Organisation der ärztlichen Studien- und Prüfungsordnung im Reichsamt des Innern und im Bundesrath darauf hinwirken, dass die Psychiatrie wieder obligatorischer Prüfungsgegenstand für alle Aerzte werde, wie sie es gewesen war nach der Prüfungsordnung des Königreichs Bayern vom 22. Juni 1858 und der des Grossherzogthums Hessen vom Jahr 1848. Indem wir uns erlauben, im Vollzug unseres Auftrags Ew. Excellenz diese Bitte ehrerbietigst zu unterbreiten, gestatten wir uns zugleich zu ihrer Begründung Nachstehendes aufzuführen:

Wenn die zwei bisherigen Prüfungsordnungen des deutschen Reichs, die erste noch aus der Zeit des norddeutschen Bundes stammende vom Jahre 1869 und die revidirte vom Jahre 1883, die Psychiatrie so gut wie völlig ignorirt hatten, so hatte dies wohl weniger einen inneren als vor allem den-

zwingenden äusseren Grund, dass bis vor 10 Jahren nur an wenigen Universitäten psychiatrische Institute und Lehrstühle bestanden.

Nur in Bayern war schon seit lange an allen drei Landes-Universitäten für den psychiatrischen Unterricht gesorgt gewesen und dem entsprechend schrieb auch die bayerische Examensordnung eine sorgfältige Prüfung in der Psychiatrie für alle Aerzte vor, so dass gerade für Bayern die Examensordnung des Reichs einen schweren Rückschritt bedeutet hat.

Diese Zustände haben sich nun aber im letzten Jahrzehnt sehr geändert.

Mit der einzigen Ausnahme der Universität Kiel haben die einzelnen Bundesstaaten an allen ihren Landes-Universitäten dafür gesorgt, dass in einigen Jahren, wenn die neue Prüfungsordnung in Kraft treten wird, überall psychiatrische Institute bestehen werden; und speciell haben die süddeutschen Staaten in München, Erlangen, Würzburg, Heidelberg, Freiburg, Strassburg seit Jahren wohlorganisirte Institute, während in Tübingen und Giessen alles schon soweit vorbereitet und bewilligt ist, dass ohne die mindeste Schwierigkeit bis zum Termin der neuen Prüfungsordnung die betreffenden Institute in Thätigkeit sein können.

Hiernach fällt also jener frühere Grund gegen den obligatorischen Unterricht in der Psychiatrie, der Mangel an psychiatrischen Lehrstühlen und Instituten, völlig weg.

Im Gegentheil dürfte die Existenz dieser, theilweise mit grossen Kosten hergestellten, Kliniken, welche den betreffenden Staaten viel höher zu stehen gekommen sind, als die Unterbringung der entsprechenden Anzahl von Kranken in einem nicht klinischen Institut, einen starken nationalöconomischen Grund dafür abgeben, dass diese kostspieligen Einrichtungen nun auch einer möglichst grossen Anzahl von künftigen Aerzten zu Gute kommen sollen.

Wenn z. B. das Königreich Bayern, in welchem die Irrenfürsorge reine Kreisangelegenheit ist und den Gesammtstaat als solchen gar nichts angeht, trotzdem in Würzburg auf allgemeine Landeskosten eine schöne psychiatrische Klinik mit erheblichen Kosten gebaut hat; wenn in Elsass-Lothringen die Strassburger Klinik gleichfalls als Landesinstitut gegründet wurde, obgleich auch dort das eigentliche Irrenwesen nur Sache der einzelnen Bezirke ist; wenn im Königreich Württemberg mit sehr erheblichen Kosten, die weitaus zum grössten Theil nur im Interesse des Unterrichts und der Wissenschaft, nicht der Irrenfürsorge, aufgewendet werden, in Tübingen eine psychiatrische Klinik gebaut wird; so wäre es doch vom nationalöconomischen Standpunkt aus kaum zu rechtfertigen, dass so grosse Ausgaben nur zu Gunsten eines Nebenfachs für Liebhaber gemacht würden. Vielmehr ging doch zweifellos die Tendenz aller dieser Bewilligungen dahin, dass durch den grossen finanziellen Aufwand dafür gesorgt werden solle, allen Aerzten einen genügenden psychiatrischen Unterricht zugänglich zu machen.

Die Erreichung dieser Absicht wäre aber unmöglich gemacht, wenn auch in der künftigen Studien- und Examens-Ordnung die Psychiatrie als ein bloss facultatives Fach behandelt würde, bei welchem es, nach wie vor, dem Einzelnen überlassen bliebe, ob er sich dafür interessiren will oder nicht. Eine genügende psychiatrische Ausbildung aller Aerzte ohne staatlichen Zwang zu erreichen, wäre im Falle völlig freier Concurrenz zwischen

den einzelnen medicinischen Disciplinen an sich möglich. Ohne Zweifel hätte dann die Psychiatrie so günstige Chancen wie jede andere, vielleicht sogar noch günstigere, da sie an unmittelbarem Interesse den anderen eher überlegen ist. Unter den in Wirklichkeit bestehenden Verhältnissen kann aber dieses natürliche Interesse gar nicht zur Geltung kommen, da es völlig erstickt wird durch die Examenssorgen des Studirenden, die ihn geradezu von der Psychiatrie wegdrängen. Wenn das grösste Interesse und der grösste Eifer für die Psychiatrie ihm für das Examen nur schaden kann, weil dadurch Zeit und Aufmerksamkeit den dort allein verwerthbaren Kenntnissen entzogen wird, so muss ihm der Rath ertheilt werden, sich ausschliesslich in der Examensrichtung zu concentriren.

Die thatsächlichen Verhältnisse unter der gegenwärtigen Studienordnung sind nun auch derart, dass z. B. eine Berechnung aus der psychiatrischen Klinik in Heidelberg folgendes Resultat ergeben hat: Wenn man alle die lediglich für den psychiatrischen Unterricht (ganz abgesehen von der Humanitätspflicht der Krankenfürsorge) gemachten staatlichen Aufwendungen in Anschlag bringt zu der Anzahl derjenigen Aerzte, die unter den gegenwärtigen Verhältnissen davon Nutzen ziehen, so kommt auf den Kopf eines solchen Arztes ein jährlicher Aufwand von 1500 Mark. — Da nun ohne den mindesten Mehraufwand die Vortheile dieses Unterrichts auch der drei- und mehrfachen Anzahl von Aerzten zu Gute kommen könnten, so dürfte es sehr im Interesse der betr. Staaten liegen, dass diese staatlichen Aufwendungen in diesem Sinne mehr fructificirt würden.

Diese Forderung kann aber nach allem Auseinandergesetzten nur befriedigt werden durch eine angemessene Reform der vom Reich abhängigen Studien- und Examensordnung, durch welche allein es zu ermöglichen wäre, dass die für die Psychiatrie von den Einzelstnaten gemachten Aufwendungen und Bemühungen wirklich fruchtbar für den ganzen ärztlichen Stand und damit auch für das ganze Volk sich gestalten.

Dem Vernehmen nach sind nun auch die mit der Vorbereitung der Reform betrauten Reichsbehörden durchaus nicht abgeneigt, für eine psychiatrische Ausbildung aller Aerzte Sorge zu tragen.

Nur scheint man vorderhand noch eine specielle Prüfung in der Psychiatrie für unnöthig zu halten und zu glauben, es genüge, den Besuch der psychiatrischen Klinik und das Practiciren in ihr für alle Candidaten der Approbationsprüfung obligatorisch zu machen.

Dies dürfte aber gerade bei der Psychiatrie durchaus nicht genügen, da es sich bei ihr vor allem darum handelt, dass der künftige Arzt zwar nicht vielerlei, aber das verhältnissmässig Wenige, was er zu wissen braucht, in bestimmter präciser Form innehat.

Hierüber aber sich eine Controle zu verschaffen, ist ausschliesslich nur durch ein eigenes Specialexamen möglich. Es handelt sich gerade bei der Psychiatrie nicht, wie in manchen anderen ärztlichen Disciplinen, vorwiegend um technische Einzelheiten, sondern um die Aneignung eines klaren, zusammenhängenden Systems von Kenntnissen im Ganzen. — Aus diesem Grunde ist es aber ganz unmöglich, sich nur durch gelegentliche Beschäftigung mit dem Candidaten anlässlich des Practicirens ein Urtheil über ihn zu bilden. —

Zur Begründung der Nothwendigkeit psychiatrischer Bildung dürfte es wichtig sein, darauf hinzuweisen, dass das, was der Arzt bei einer genügenden psychiatrischen Ausbildung lernt, durchaus nicht bloss specialistischer Natur ist, sondern dass er damit überhaupt eine Lücke seiner Bildung ausfüllt, die bei der in den letzten zwanzig Jahren herangewachsenen Generation von Aerzten sich immer fataler bemerkbar macht.

Den Beweis für diesen Satz brauchen wir gar nicht selbst zu formuliren, sondern können ihn unmittelbar den Aeusserungen der nicht-specialistischen Aerzte entnehmen. Denn gerade aus deren Kreisen wird das Bedürfniss am meisten betont.

Vor allem ist dies hervorgetreten bei den Verhandlungen des 17. und 18. deutschen Aerztetages über die ärztliche Prüfungsordnung. Die bedeutende Majorität, mit der sich der Aerztetag für Aufnahme der Psychiatrie unter die Prüfungsgegenstände ausgesprochen hat, ist viel mehr durch das Gewicht der von den practischen Aerzten gegebenen Ausführungen als durch die besten Begründungen von special-ärztlicher Seite zu Stande gekommen.

Auf dem 17. deutschen Aerztetag zu Braunschweig sagte der Referent Dressler-Karlsruhe: „Die durch die Prüfungsordnung vom Jahre 1883 vorgeschriebene gelegentliche Prüfung in Psychiatrie genügt mir nicht, wenn ich bedenke, welch' grosse Rolle bei vielen somatischen Leiden auch die Psyche spielt, ohne deren richtige Deutung gar keine correcte Diagnose denkbar ist. Die gründliche Kenntniss der Psychiatrie befähigt den Arzt allein, im richtigen Moment richtig zu handeln, eventuell den Kranken rechtzeitig in die Anstalt zu bringen. Soviel steht fest: der Student betrachtet die Fächer, in denen nur gelegentlich geprüft wird, als Nebenfächer und cultivirt sie darnach."

Der Bezirksverein München begründet seinen, die Aufnahme eines psychiatrischen Prüfungsabschnitts in die Examensvorschriften empfehlenden Antrag mit den Worten: „Die Erfahrung hat ergeben, dass Aerzte, denen eine psychiatrische Vorbildung abgeht, die Anfänge einer Psychose nur zu leicht übersehen, und dass dadurch viel Unheil angerichtet wird. Dieser schwerwiegende Uebelstand kommt namentlich bei Militärärzten in Betracht."

Der Commissionsbericht des Bezirksvereins Leipzig-Stadt zum 18. Aerztetag in München äussert sich folgendermassen:

„Die Aufnahme der Psychiatrie unter die Prüfungsgegenstände erscheint nöthig in Anbetracht der Häufigkeit der Seelenstörungen und der Wichtigkeit einer zeitig gestellten Diagnose. Auch die Nöthigung, mehr auf den Gedankenkreis und das allgemein Menschliche eingehen zu müssen, dürfte von pädagogischem Nutzen für den angehenden Arzt sein." Die Commission des Bezirksvereins München aber erweitert ihre Begründung vom Jahr vorher folgendermassen: „Nicht allein der Amtsarzt, sondern auch jeder practische Arzt kommt so und so oft in die Lage, über das Vorhandensein einer geistigen Störung sein Urtheil abzugeben, sowohl privatim als auch vor dem Richter. Die practischen Aerzte haben vorzugsweise die wichtige Aufgabe, die Anfänge einer geistigen Störung rechtzeitig zu erkennen und die Nothwendigkeit der Verbringung in eine Irrenanstalt, etwaige Gemein- und Selbstgefährlichkeit der Kranken zu beurtheilen, und sie müssen das Vorhandensein geistiger Störung zum Zwecke der Aufnahme

in eine Irrenanstalt durch Zeugnisse bestätigen.“ Bei den mündlichen Verhandlungen konnte der Vertreter des Leipziger Vereins zunächst auf die seltene Einmüthigkeit hinweisen, mit der im Vorjahre wohl alle Mitglieder einverstanden gewesen seien, dass die Psychiatrie als selbstständiger Abschnitt in die Prüfungsordnung aufzunehmen sei, und er schliesst seine Empfehlung der dahin gehenden Thesen mit den Worten: „Wenn es sich um die Pathologie des Menschen handelt, sollte doch nicht bloss über somatische Krankheiten examinirt werden, sondern auch über psychische.“ Sachliche Einwendungen sind gegen die Thesen nicht erhoben worden, nur formelle Schwierigkeiten, die der Einreihung der Psychiatrie unter die Prüfungsfächer entgegenstehen, wurden von einigen Seiten betont. Diese müssen aber überwindbar sein, wenn so vieles für die Sache spricht, wie z. B. auch noch der von Drewitz-Breslau hervorgehobene Umstand, dass eine Ausbildung auf der Universität gerade für die Fächer gefordert werden müsse, in denen die jungen Aerzte sich nicht selbstständig fortbilden können, und hierzu gehöre vorzugsweise die Psychiatrie. Dies bestätigte Merkel-Nürnberg besonders für die auf dem Lande practicirenden Aerzte, denen nach Kunschert's-Saarlouis Geständniss keine Disciplin der Medicin mehr Schwierigkeiten macht als die Psychiatrie, und die das Gefühl der Unsicherheit in psychiatrischen Fragen mehr als irgend etwas anderes zu Consultationen und zur Aufsuchung der jetzt üblichen Curse veranlasst. Wiebecke-Frankfurt a. O. sagte u. a.: „Ich habe leider Gelegenheit gehabt, über die psychiatrische Unkenntniss meiner Collegen recht häufig zu erröthen, und ich glaube, es schädigt nichts mehr das Ansehen des ärztlichen Standes dem Richter und Staatsanwalt gegenüber als diese Unwissenheit in der Psychiatrie.“

Alle diese Redner aber waren darin einig, dass ohne Examen keine Gewähr dafür geboten werde, dass die so nothwendigen psychiatrischen Kenntnisse von den Studirenden thatsächlich auch erworben werden. —

Aus irrenärztlichen Fachkreisen wird ferner die Einführung der Psychiatrie als Examensgegenstand durchaus nicht bloss von den Professoren der Psychiatrie verlangt, denen man entgegenhalten könnte, sie vertreten nur persönliche und Privatinteressen. Sondern auch die ausserhalb der Universitäten stehenden Anstaltsärzte weisen besonders darauf hin, dass der Staat auch um deswillen die Verpflichtung habe, für eine genügende psychiatrische Ausbildung aller Aerzte zu sorgen, weil dadurch allein auch in weiteren Kreisen Organe geschaffen würden, durch welche den so häufig noch mit Misstrauen betrachteten Irrenanstalten eine wirksamere Controle erwüchse als alle Aufsichtsbehörden sie auszuüben vermöchten.

Hiemit ist aber ein ausserordentlich wichtiger Punkt berührt. Man kann bestimmt behaupten, dass auch für die Beruhigung des Publikums hinsichtlich der vielfach gefürchteten Freiheitsberaubung durch Irrenärzte es kein wirksameres Mittel giebt als eine genügende Orientirung aller Aerzte in psychiatrischen Dingen. Und diese Frage fängt in der That an acut zu werden. In der Neuen preussischen Zeitung vom 9. Juli 1892 haben eine Anzahl sehr angesehener Männer einen Aufruf erlassen, um in weiteren Kreisen eine Anregung zu geben für eine Reform der Gesetzgebung in der Richtung, dass „die unschätzbaren Güter des Verstandes, der Rechtsfähigkeit und der Freiheit einen wirksameren Schutz erhalten sollen als das freie

Ermessen des Richters und das Gutachten der von ihm oder von der Polizeibehörde beauftragten Sachverständigen."

Unter den Unterzeichnern dieses Aufrufes finden sich auch die Namen angesehener Universitätslehrer: des (inzwischen verstorbenen) Jhering in Göttingen, Stengel in Würzburg, Kirchenheim in Heidelberg, Lehmann in Marburg, Treitschke, Wagner, Gierke in Berlin, und es ist nicht anzunehmen, dass die 111 Unterzeichner die von ihnen mit grosser Energie aufgenommene Sache einfach wieder ruhen lassen werden, um so weniger, als in der gleichen Zeitung vorher schon eine Reihe von Artikeln sich in diesem Sinne geäussert hatte, ausserdem auch in neuerer Zeit verschiedene eigene Broschüren in der Sache erschienen sind.

Zur Sicherung dieses von ihnen verlangten Rechtsschutzes bedarf es aber vor allem einer genügenden Bekanntschaft aller Aerzte mit der Psychiatrie. Eine für das Leben brauchbare Psychiatrie kann so lange nicht ausgebildet werden, als sie gerade an den Stätten, wo sonst Wissenschaft und Praxis in lebhaftesten Wechselverkehr treten, an den Universitäten, etwa auf die Stufe der Sanscritologie gestellt ist, also eines reinen Fachs für Liebhaber. —

Der Staat wird sich der Pflicht, in dieser Richtung organisatorisch vorzugehen, auch im Hinblick darauf nicht entziehen können, dass schon an alle Aerzte der Gegenwart und noch mehr an alle der Zukunft gerade von Seiten staatlicher Institutionen Anforderungen gestellt werden, zu deren Lösung sie die bisherige Organisation ihrer Ausbildung absolut nicht befähigt. Speciell war die Wichtigkeit einer strengen und exacten Begutachtung von Krankheitszuständen in der bisherigen Medicin ziemlich in den Hintergrund getreten. Sie ist aber jetzt mit einem Schlage auch dem Kurzsichtigsten sehr nahe gerückt durch die gewaltige Entwicklung, die das staatliche Versicherungswesen gegen Krankheit, Unfall und Invalidität in unseren Tagen erfahren hat. Und auf diesem Gebiete zeigt es sich nun auch am Deutlichsten, wie mangelhaft und einseitig die bisherige ärztliche Bildung ist. Ganz grobe Abnormitäten, z. B. einen Knochenbruch u. dergl., zu begutachten, dazu befähigt freilich auch die bisherige ärztliche Bildung. Sobald es sich aber um Störungen von Seiten des Nervensystems handelt, ist bei seiner gegenwärtigen Vorbildung ein Arzt sehr selten auch nur annähernd urtheilsfähig. Er müsste also z. B. in einem Unfallversicherungsfalle dieser Art — und gerade diese sind sehr häufig — einfach erklären, dass er hievon nichts wissen wolle, weil er nicht competent sei. Da dies aber in der Regel aus practischen Gründen nicht angeht, da er häufig ex officio zu solchen Gutachten aufgestellt ist, so ergiebt sich das besonders in den letzten Jahren immer traurigere Resultat, dass er in's Blaue hinein reden muss über Dinge, von denen er nichts gelernt hat. —

Wenn in neuerer Zeit selbst die innere Medicin immer mehr sich dazu gezwungen sieht, anzuerkennen, wie gross die Rolle psychischer Einflüsse auch in ziemlich äusserlichen Krankheitszuständen ist, so ist sehr zu betonen, dass die Aerzte von diesen Betrachtungen gar keinen Nutzen ziehen können, wenn sie Derartiges nur gelegentlich und ohne die Controle genügender Erfahrung in sich aufnehmen. Um über die Grenzgebiete zwischen körperlichen und geistigen Abnormitäten, ebenso über die zwischen geistiger

Gesundheit und Krankheit mitsprechen zu können, ist es absolut erforderlich, dass man zuerst den eigentlichen Kern der psychiatrischen Thatsachen kennt, wie er unverhüllt nur an eigentlichen ausgeprägten Geisteskranken zu Tage tritt. Von da aus ergeben sich ganz von selbst im Denken des Studirenden und Arztes eine Menge hochwichtiger Beziehungen auch zu solchen Zuständen, die scheinbar ganz entlegen sind. —

Der nach heutigem System vorgebildete Arzt lernt dagegen während seiner medicinischen Studienzeit nichts, was ihn befähigte, den ganzen Menschen in allen seinen individuellen und socialen Beziehungen richtig zu beurtheilen.

Schon im Jahr 1857 konnte daher Dr. O. Schwartz auf der Naturforscherversammlung in Bonn folgende Sätze aufstellen:

„Es ist unmöglich, die Seele den Irrenärzten und den Körper den übrigen Aerzten anzuvertrauen, und ebenso wie die Irrenärzte die körperlichen Verhältnisse und ihre Wechselwirkung mit den psychischen Vorgängen genau kennen und studiren müssen, so darf man auch an die übrigen Aerzte die Anforderung stellen, dass sie das Geistes- und Gemüthsleben in seinem gesunden und kranken Zustand stets berücksichtigen sollen. Geschieht dies nicht, beschränken wir uns nur darauf, die Pulse zu zählen, die Temperatur mit dem Thermometer zu messen, den Thorax zu beklopfen und zu behorchen, die Dimensionen der Leber und Milz nach Zoll und Linien zu bestimmen, unter dem Microscop sogar die Zahl der rothen und weissen Blutzellen in einem Blutstropfen zu zählen, so sind wir trotz all' dieser mühevollen Leistungen immer keine Menschenärzte geworden."

Wenn jener Vortrag des Jahres 1857 in dem Verlangen gipfelte, dass an den Universitäten für psychiatrische Kliniken gesorgt werden solle, so haben die inzwischen verflossenen Jahrzehnte dieses Verlangen befriedigt Dank der Fürsorge, welche die deutschen Einzelstaaten ihren Universitäten zu Theil werden lassen. Nunmehr handelt es sich aber darum, dass das deutsche Reich auch seinerseits die Schranke aufzuheben hat, welche vielen Studirenden noch die Benutzung dieser psychiatrischen Unterrichtsinstitute versperrt. Und dies ist ausschliesslich möglich durch obligates Examen. Es ist ein absolut unumstösslicher Erfahrungssatz der Psychologie des Studirenden, dass er nicht für das Leben, sondern für das Examen lernt. Dies ist nicht zu ändern, sondern es ist einfach die practische Consequenz daraus zu ziehen, dass die Anforderungen des Examens mit denen des Lebens in Einklang zu bringen sind. Diese Uebereinstimmung ist bei der gegenwärtigen Studien- und Prüfungsordnung zu einem erheblichen Theile nicht vorhanden. Man kann es daher nur lebhaft bedauern, dass die, der jetzigen Examensordnung weit überlegene, bayerische Studien- und Prüfungsordnung vom 22. Juni 1858 seinerzeit nicht auf das Reich übertragen, statt dass umgekehrt sie durch die viel schlechtere des norddeutschen Bundes ersetzt worden ist. Diesem Bedauern muss aber auch sofort der Wunsch entspringen, dass die jetzt geplante Reform im Wesentlichen auf jene Ordnung zurückgreifen möge, die in ganz vortrefflicher Weise für das Leben vorbereitet hatte, ohne doch in banausischer Weise die theoretische Ausbildung zu vernachlässigen. In ihr war auch der Psychiatrie ganz die richtige Stellung angewiesen gewesen.

Da sie sich nun aber aus vielen Gründen nicht einfach copiren lässt, so fassen wir unsere Bitte in Bezug auf die Stellung der Psychiatrie in der künftigen Examensorganisation in folgende Vorschläge zusammen, welche sich direct an die jetzt bestehende Examensordnung anschliessen.

Es soll lauten:

§ 11 der jetzigen Vorschriften: Die medicinisch-psychiatrische Prüfung umfasst zwei Theile, von denen der eine die innere Medicin im Allgemeinen, der andere die Psychiatrie in's Besondere betrifft.

A. Der medicinische Theil etc.

B. Der die Psychiatrie in's Besondere betreffende Theil wird von einem Examinator in der psychiatrischen Klinik abgehalten.

In Gegenwart desselben hat der Candidat einen Geisteskranken zu untersuchen, die Anamnese, Diagnose, Prognose des Krankheitsfalls und den Heilplan festzustellen, sowie im Anschluss hieran (auch in anderen Fällen) nachzuweisen, dass er sich mit den Grundzügen der Psychiatrie, besonders auch mit ihrer forensischen Nutzanwendung, vertraut gemacht hat.

Zu einem Prüfungsabschnitt sind höchstens 3 Candidaten zuzulassen.

§ 20 der gegenwärtigen Vorschriften findet auf diese psychiatrische Prüfung sinnentsprechende Anwendung. —

Von Ew. Excellenz erhoffen wir eine geneigte Erfüllung unserer Bitte und damit eine bedeutende Förderung der wichtigen Angelegenheit. Denn eine Vertretung unserer Bitte im Reichsamt des Innern und im Bundesrath würde gewiss von grösstem Einfluss sein und erheblich dazu beitragen, etwaige noch bestehende Bedenken dort zu beseitigen, zumal da noch von Seiten der Königl. bayerischen und grossherzoglich hessischen Regierung hingewiesen werden kann auf die historische Thatsache der früheren besseren Einrichtung, deren Tradition nur leider 20 Jahre lang durch die Examensordnung des Reichs unterbrochen gewesen ist.“

Folgen die Unterschriften der mit der Abfassung Beauftragten: Fürstner-Strassburg, Ludwig-Heppenheim, Kräpelin-Heidelberg, Kreuser-Schussenried, Rieger-Würzburg.

Es dürfte sich empfehlen, dass die anderen psychiatrischen Vereine in Deutschland ihrerseits diesem Beispiele des südwestdeutschen folgen und ihre Regierungen gleichfalls in diesem Sinne um Unterstützung angehen.

Prof. Rieger.

Soviel wir erfahren, ist unabhängig von vorstehender Eingabe eine von sämmtlichen Psychiatrie-Professoren Deutschlands unterzeichnete Eingabe an das Reichsamt des Innern wegen Aufnahme der Psychiatrie in das medicinische Staatsexamen gemacht worden.

Ferner hat Herr Prof. Binswanger gegenüber der Denkschrift des Herrn Geh. Hofrath Schultze in Jena ein Separatvotum drucken lassen, auf welches wir ausführlich zurückkommen.

Sommer.

Idiotenanstalten.

Beachtenswerth erscheint ein Vorgehen in der Conferenz für das Idiotenwesen, die in Berlin vom 5.—7. September tagte, in Hinsicht auf die in Frankfurt a. M. gefassten Beschlüsse des Vereins deutscher Irrenärzte. Ohne dass in der vorliegenden Tagesordnung ein entsprechender Antrag vorgesehen war, wurde am letzten Versammlungstage, obgleich die Tagesordnung noch nicht erschöpft, auch die Zeit bereits vorgeschritten war, dass nicht einmal für die noch vorliegenden Verhandlungsgegenstände genügende Zeit zur Discussion vorhanden war, ganz einseitig vom Vorsitzenden, ohne Zustimmung des ganzen Vorstandes, ein gegen die in Betracht kommenden Theile der Frankfurter Beschlüsse gerichteter Antrag des OberlehrersReichelt in Nossen [wie derselbe sagte, „im Auftrage“ (in wessen?)] verlesen und, nachdem ein Antrag, dahin gehend, die Verhandlung darüber bis zur nächsten Conferenz unter Ernennung eines Referenten und Correspondenten zu vertagen, verworfen war, angenommen, mit der Modification, dass der Antrag noch von einer ad hoc ernannten Commission redigirt werden .solle. Die Discussion konnte naturgemäss nur eine ungenügende und kurze sein, sowohl wegen der vorgeschrittenen Zeit, als auch besonders, weil die Vorbereitungen und das Material dazu nicht zur Stelle sein konnte, da in der Tagesordnung eine derartige Verhandlung gar nicht vorgesehen war. Bemerkenswerth war nur, dass als einziges Material die Vorrede Pelman's zur Uebersetzung des Sollier und eine Stelle aus der neuesten Auflage des Krafft-Ebing'schen Lehrbuchs verlesen wurden! — Vor allen Dingen war aus der kurzen Discussion ersichtlich, dass die Mehrzahl der Anwesenden absolut nicht wusste, dass die Frankfurter Beschlüsse durch das Vorgehen der bekannten Richtung der Geistlichkeit bedingt waren. Wenn dies der Fall gewesen, so würde der überwiegende Theil der Lehrer, die zahlreich anwesend waren, gemeinsam mit den in sehr geringer Anzahl vertretenen Aerzten sicherlich den Anschauungen und dem systematischen Vorgehen der Geistlichkeit entgegengetreten sein.

Nachdem nun der Antrag durchgedrückt war, wurde er einer Redaction unterworfen und erschien im natürlich nur durch Mittheilung seitens betheiligter Personen ermöglichter Abdruck des beschlossenen Antrages in der Kreuzzeitung und war derselbe mit unterzeichnet von dem Director Dr. med. Wulff-Langenhagen, der bei der Redaction gar nicht betheiligt war, viel weniger natürlich noch seine Unterschrift unter dem redigirten Beschlusse gegeben, bei der kurzen Verhandlung dagegen erklärt hatte, dass an die Antrage selbstverständlich nicht zustimmen könne. Inwiefern eine von der Kreuzzeitung mit Berufung auf das Pressgesetz gerichtete Berichtigung erfolgt ist, ist bis jetzt noch nicht klargestellt. Ob der mit unterzeichnete Director Dr. med. Dornblüth aus Freiburg i. Schl. seine volle Uebereinstimmung erklärt hat, ist unklar, jedenfalls wird von demselben sicher eine öffentliche Erklärung nicht ausbleiben.*) Dr. W.

---

*) Anmerkung: Wäre im Interesse einer geschlossenen Haltung der Irrenärzte in dieser ganzen Sache sehr zu wünschen.

Sommer.

Anhang.

Abwehr Lombroso'scher Angriffe.

Von Dr. P. Näcke-Hubertusburg.

Im Augusthefte dieses Blattes hat Lombroso seiner Liebenswürdigkeit und Bescheidenheit durch einen ungestümen Angriff auf mich und meine criminalanthropol. Untersuchungen von neuem Ausdruck verliehen. Sein Missfallen lässt mich ziemlich kalt, zumal ich dasselbe mit der besten Gesellschaft theile, ebenso den Vorwurf, ihn nicht verstanden zu haben, den er bei allen seinen Gegnern mehr oder weniger anbringt. Allein schon der Umstand, dass ich die Werthschätzung ausgezeichneter Männer besitze, die z. T. gute Kenner der Criminalanthropologie sind, dass weiter über meine bezüglichen Arbeiten meist lange Referate erschienen sind, was bei werthlosen Dingen doch nicht zu geschehen pflegt, ferner eine Reihe günstiger Urtheile darüber vorliegen, endlich, dass der berühmte Anthropolog Banke, wie er mir schrieb, gelegentlich in seinem Laboratorium nach den von mir aufgestellten Gesichtspunkten arbeiten lassen will, tröstet mich hinreichend über den Zorn Lombroso's.

Leider ist der mir zugetheilte Raum ein sehr knapper, daher kann ich nur Andeutungen machen und bitte den Leser, meine Arbeit mit der Lombroso'schen Kritik vergleichen zu wollen. — Allerdings beziehen sich meine Untersuchungen zunächst nur auf das Weib, doch habe ich öfter auch die von mir beobachteten Männer in Colditz herangezogen und zunächst, wie Jeder lesen kann, alle Schlüsse nur auf das verarbeitete Material bezogen und wo ich an der Hand anderer Beobachtungen allgemeiner mich aussprach, absichtlich immer noch die Worte: wahrscheinlich dürften, scheinen etc. gebraucht und überall den störenden Subjectivismus hervorgehoben, um dadurch immer wieder zur äussersten Skepsis zu rathen, während L. nur selten so vorsichtig sich ausdrückt und meist seine angeblichen Wahrheiten ex cathedra urbi et orbi verkündet. Bewiesen habe ich, dass die einzelnen Degenerationszeichen bei den Frauen durchaus nicht so sehr hinter den bei den Männern zurückstehen, was L. natürlich ignorirt. Dass ich auch schon in meiner Arbeit hervorhob, ich hätte nur an irr gewordenen Verbrecherinnen gearbeitet, nicht an Geistesgesunden, glaubte aber nicht, dass der Unterschied ein fundamentaler sei, erwähnt er natürlich nicht. Bei criminalanthropol. Untersuchungen von Gefangenen werden gewöhnlich Alle, höchstens mit Ausnahme der declarirt Geistesgestörten, untersucht. Nun giebt es dort aber viele Epileptiker (und wie viele, die als solche nicht erkannt werden!), Alcoholisten, originär Verrückte, Schwachsinnige selbst höheren Grades, die doch in der Mehrzahl sicher nicht geistig normal sind, also nicht hätten mitgezählt werden dürfen; aber auch nach Abzug aller dieser Elemente bleibt ein Rest, der z. T. leicht geisteskrank werden kann, später betrachtet, also nicht mit vollem Rechte untersucht wurde. Kurz, man sieht, wie die Grenzen sich verwischen, wie unendlich schwierig es ist, absolut sicher geistig gesunde Elemente abzutrennen und gewiss entspricht L.'s Material am wenigsten solchen Forderungen! Vagabunden gar dürfte man dann kaum noch untersuchen dürfen! Unsere irren Verbrecherinnen waren meist Gewohnheitsverbrecherinnen und wenn auch bei einer Reihe die letzte Strafe als zu Unrecht bestehend hingestellt werden konnte, so waren doch möglicherweise die früheren in Ordnung. Man sieht also, wie wenig schwerwiegend L.'s Vorwurf ist. — Unter der Tabelle des Kopfhaars steht bei mir zu lesen: „Die dunkelbraunen Haare . . .. ebenso die reichlichen und mittelstarken, praevaliren also bei allen Untersuchten." Die wichtige Rubrik des „mittelstarken" Haars hat L. weggelassen; man kann nur die reichlichen und mittelstarken zusammennehmen und sie dem spärlichen Haare gegenüberstellen, um so mehr als zwischen den ersteren die Grenzen sich verwischen. Man wird dann sehen, dass ich völlig Recht habe und L. falsch gelesen hat; es entsteht dann sogar ein Verhältniss zu Gunsten der Normalen. Dass ausserdem die Zahlen 83, 94 und 80 einander nahe stehen, wird mir Jeder zugeben. — Nicht besser ergeht es ihm mit der 2. Tabelle. Ich bin freilich so vorsichtig gewesen, nicht aus dem grösseren Horizontalumfang bei Normalen ohne weiteres auf den grösseren Schädelinhalt zu schliessen, wie L. will, da beides sich nicht zu decken braucht. Das Wort „Zufall" bezieht sich in meiner Arbeit auch bloss auf den Quer-, nicht den Horizontalumfang, folglich hat L. wieder falsch gelesen. Ferner ist es mir nie eingefallen, die 12 Verbrecher-

innen (die Originalarbeit im Arch. für Psych. hat L. offenbar nicht gelesen!) bezw. die Schädelcapacität mit den ostpreussischen Männerschädeln Sommer's vergleichen zu wollen, da Männer und Frauen, Sachsen und Ostpreussen nicht vergleichbar sind. Er hat also wieder falsch gelesen! Auch heisst die Zahl 1346,9 und nicht, wie er schreibt. 1361. Ueber die 12 Verbrecherinnen braucht er sich gar nicht lustig zu machen, da er schwerlich je eine so genaue craniometrische Untersuchung geliefert hat wie ich an den 16 Frauenschädeln; und mit wie kleinen Zahlen arbeitet er oft! Bezüglich seiner Bemerkung zur Dolichocephalie muss ich ihm allerdings Recht geben, nicht aber bez. der betr. das Genie. Ich schrieb: „. . . . da Genie und Irrsinn nach L. identisch sind oder wenigstens einander nahe stehen." Ich verwies auf sein Buch: „Genie und Irrsinn", das ich anführte und wo die nahen Beziehungen zwischen beiden auseinandergesetzt[1]) sind, allerdings auch die Verschiedenheiten. Nun besagt ein Citat aus dem „genialen Menschen" von L. (siehe Baer: Der Verbrecher) wörtlich: „Das geniale Schaffen kann der Ausfluss einer degenerativen Form von Psychose sein, die zur Familie der Epilepsie gehört . . . Genie ist — eine Degenerationspsychose aus der Gruppe des moralischen Irrsinns." Was sagt Herr L. dazu? Nebenbei sei bemerkt, dass es interessant, freilich vollkommen überflüssig und irrelevant wäre, die mancherlei psychiatrischen Errata, die sich in seinen Schriften vorfinden, darzulegen. Wenn er weiter darüber spottet, dass ich 266 Citate gebracht hätte, so glaube ich der einschlägigen Bibliographie nur einen Dienst erwiesen zu haben und habe daher in meinem Buche die Zahl derselben sogar verdoppelt. Vieles davon ist sicher Herrn Lombroso unbekannt und würde ihm zur Lectüre zu empfehlen sein, am meisten aber die Werke Meynert's, wo er lernen könnte, was man unter Gedankentiefe zu verstehen hat. Wie kritisch Herr L. vorgeht, das haben schon sehr Viele in schärfster Weise klar dargelegt, so Lutz, Binswanger, Manouvrier, Houzé etc., ich verliere kein Wort darüber. Aber wie obiges zeigt, kann man ihm auch mit vollem Rechte — und dies ist gleichfalls schon geschehen — zurufen: „Pour critiquer il faut savoir lire, et vous n'avez pas lu!" Ausserdem wird Nicht-Passendes ignorirt; so hat er z. B. in seiner Donna delinquente meine Untersuchungen unerwähnt gelassen, so hat er Ranke, Virchow, Topinard etc., mit denen er sich doch wohl nicht wird vergleichen wollen, möglichst selten citirt, weil er wusste, dass er hier für seine Theorieen keine Stütze finden würde, und wie macht er die Anthropologen in der Vorrede zur Donna delinquente schlecht! Sehr richtig bemerkt Houzé (Bericht des 3. internationalen Congresses für Criminal-Anthropologie zu Brüssel 1892). „Il ne tient pas suffisament compte des arguments de ceux, qui l'ont combattu; il réédite les mêmes erreurs et les aggrave sans les défendre avec des armes nouvelles . . . Ceux, qui ne lisent que les travaux de M. L. et qui ne seuvent pas les travaux de ses adversaires, croient que les idées du prof. de Turin sont admises par les auteurs dont il donne complaisamment la liste dans toutes ses préfaces. Ceux au contraire, qui sont au courant des publications d'anthropologie criminelle, voient avec étonnement figurer parmi les apôtres de la bible italienne de véritables héré-, siarques, comme le prof. Brouardel ou comme mes collègues de Bruxelles M. le prof. Heger et M. le Dr. Dallemagne . . . M. L. jette par dessus bord l'anthropologie, parcequ'il n'est pas parvenu à conseiller les-anthropologistes! Il dit modestement que sans ses recherches l'anthropologie n'est rien ou presque rien." Und er wagt es, trotzdem Forscher ersten Ranges die meisten seiner sog. Thatsachen wiederlegt haben, bescheiden in der Vorrede zur Donna delinquente den Vortheil, „della cieca asservanza dei fatti" zu rühmen, l'unico segreto dei nostri trionfi sugli avversari aprioristici, che ci opponerano sola la logica ed i sillogissmi! Nein, Herr L., „Ihre Triumphe" sind sehr fragwürdiger Natur, da, wenn nicht alles täuscht, der eigentliche Lombrosianismus auf dem Sterbelager liegt.

Erklärung.*)

Die Unterzeichneten, welche als Aerzte an der unter Leitung des Herrn Pastor v. Bodelschwingh stehenden Anstalt Bethel bei Bielefeld thätig sind, sehen sich ver-

[1]) Ein Kapitel ist so überschrieben: „Psychologie des Genies und seine Verwandtschaft mit dem Wahnsinn."

*) Antwort meinerseits hierauf folgt im nächsten Heft im Schluss meiner bezüglichen Artikel. Sommer.

anlasst, nachdem nunmehr die ausführliche Motivirung der vom Verein deutscher Irrenärzte in der Sitzung vom 25. Mai cr. zum Thema „Psychiatrie und Seelsorge" proclamirten Thesen erschienen ist, folgende Erklärungen abzugeben, in der Erwägung, dass der häufig gegen die Person des Pastor v. Bodelschwingh gerichtete Inhalt der besagten Thesen geeignet ist, falsche Anschauungen über die von den Unterzeichneten berathene Anstalt zu erwecken.

1. Für die von Seiten des Herrn Pastor v. Bodelschwingh auf den Irrenseelsorger-Conferenzen gefallenen Aeusserungen lehnen die Unterzeichneten jede Verantwortung ab, da sie mit denselben keineswegs übereinstimmen, vielmehr mit dem Verein deutscher Irrenärzte der Ansicht sind, dass nur auf Grund der von der medicinischen Wissenschaft festgestellten Principien eine gedeihliche Fortentwickelung der Fürsorge für Irre etc. möglich ist. —

2. In den hiesigen Anstalten sind Grundsätze, wie „die dem Irresein zu Grunde liegende Krankheit ist auf den Begriff der Sünde und des Besessenseins zurückzuführen" — „der Irre ist für sein Thun und Lassen verantwortlich" — „die medicinischen Mittel wirken bei den Gemüthskranken nur schädigend auf Leib und Seele" — u. dergl., niemals, weder jetzt, noch früher, massgebend, noch überhaupt von irgend einem Beamten der Anstalt geltend gemacht worden. — Die Beurtheilung und Behandlung der Kranken liegt durchaus allein in den Händen der Unterzeichneten, welche in ihrem ärztlichen Handeln in keiner Weise beschränkt sind und von dem Pflegepersonal unbedingte Befolgung ihrer Anordnungen zu fordern haben. — In diesem Sinne sind die hiesigen Anstalten als zur Bewahrung, Kur und Pflege von Geisteskranken, Epileptischen und Idioten ebenso geeignet anzusehen, wie jede Provinzialanstalt oder Universitätsklinik.

3 Bezüglich der These I 7 sind die Unterzeichneten, im Gegensatz zum Verein deutscher Irrenärzte, der Ansicht, dass es im öffentlichen Interesse liegt, wenn an derartigen Anstalten eine möglichst grosse Zahl genügend vorgebildeter Aerzte thätig ist, um dadurch die aus der nichtärztlichen Leitung etwa resultirenden Nachtheile möglichst zu paralysiren. Die Annahme einer solchen Stelle würde nur dann der Würde des ärztlichen Standes widersprechen, wenn die Freiheit des ärztlichen Handelns irgendwelchen nachtheiligen Beschränkungen unterworfen wäre, was — wie oben bemerkt — für die hiesigen Anstalten nicht zutrifft.

4. Die in These II 2 ausgesprochene Verwerfung der Angehörigen religiöser Genossenschaften und Orden für den Wartedienst in den Anstalten erscheint weder in der These, noch in den Referaten und der Discussion genügend motivirt, da sie sich im Wesentlichen nur auf ein einzelnes durchaus einseitig abgefasstes Urtheil stützt —

Die Unterzeichneten, welche zum Theil auch an Anstalten mit bezahltem Pflegepersonal thätig waren, erklären auf Grund ihrer Erfahrungen, dass die Nachtheile, welche bei geistlichem Pflegepersonal aus der Zugehörigkeit zu einer religiösen Genossenschaft für den Anstaltsarzt entspringen, überreichlich aufgewogen werden durch die durchschnittlich weit bessere moralische Qualification und grössere Opferwilligkeit dieses Personals gegenüber dem bezahlten. Sie bedauern lebhaft, dass diejenigen in der Sitzung anwesenden Mitglieder des Vereins deutscher Irrenärzte, welche gleichfalls mit geistlichem Personal arbeiten, ihre Erfahrungen nicht mitgetheilt haben; es wäre dies zur Begründung der These II 2 durchaus nothwendig gewesen. —

5. Die Frage des Referenten, Herrn Med.-Rath Siemens: „was ist in der v. Bodelschwingh'schen Anstalt Bethel mit ihrem ungeheuren Krankenmaterial geleistet worden für die Wissenschaft, für die Erkenntniss der Wahrheit?" weisen die Unterzeichneten zurück als eine unwürdige Anzapfung, wie sie bisher zwischen Anstaltsärzten nicht üblich gewesen ist. Dass an einer Anstalt, welche durch freie Liebesthätigkeit gegründet ist und unterhalten wird, lediglich zu dem Zwecke, einer bestehenden Noth zu steuern, die rein wissenschaftliche Forschung mangels geeigneter Mittel und Arbeitskräfte zunächst in den Hintergrund treten muss, wird jeder Einsichtsvolle begreifen. Die Erkenntniss der Wahrheit aber bezüglich der Fürsorge für Epileptische ist nach Ansicht der Unterzeichneten durch die hiesigen Anstalten in sehr wesentlichem Maasse gefördert worden. —

Anstalt Bethel bei Bielefeld, im September 1893.

Dr. Bertelsmann. Dr. Huchzermeier. Dr. Liebe. Dr. Müller-Warnek.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XVI. Jahrgang. 1893 November. Neue Folge IV. Band.

I. Originalien.

Zur Frage über die allgemeine progressive Paralyse der Irren und ihre Behandlung bei den Syphilitikern.

Von Dr. J. J. Platonnow.

(Aus der psychiatrischen Klinik in Charkow.)

Wie in den klinischen Erscheinungen, so auch hauptsächlich in ihrem Ausgange, bildet die allgemeine progressive Paralyse der Irrsinnigen in den meisten Fällen unstreitig eine der schwersten und schrecklichsten Erkrankungen. Noch schrecklicher ist, dass in der letzten Zeit die Fälle dieser schweren Erkrankung im unausgesetzten Anwachsen begriffen sind, dass in einigen psychiatrischen Anstalten auf den Antheil der progressiven Paralytiker mehr als ein Drittel aller gleichzeitig in ihnen beobachteten Krankheitsformen kommt. So z. B. waren in der Klinik des Professors Kowalewsky während der Zeit vom 1. October 1886 bis zum 1. October 1889 unter 183 der Kur unterworfenen Geisteskranken 55 Fälle progressiver Paralyse. Dasselbe stellen auch andere Autoren fest, wie Dr. Regis, Calmeil, Mickle und viele Andere.

Zugleich werden immer öfter Fälle beobachtet, die bezeugen, dass die progressive Paralyse der Irrsinnigen nicht nur erwachsene Leute von 30 bis 50 Jahren heimsucht, weil dieses Alter nach der Meinung der meisten Autoren am leichtesten zu dieser Krankheit geneigt ist, sondern auch Jünglinge und Kinder bis zum 13. Lebensalter, wie aus den Beobachtungen von Strümpell[1]), Dawidow[2]), Wiglesworth[3]), Regis[4]) und Anderer zu ersehen ist.

[1]) Prof. Strümpell: Neurolog. Centralblatt 1888, Nr. 5.
[2]) Dr. Dawidow; Archiv f. Psychiatrie von Prof. Kowalewsky, Bd. IX. Nr. 1
[3]) Wiglesworth: Journ. of mental science 1893, Nr. 3.
[4]) Dr. Regis: L'Encephale 1885, Nr. 5.

Die Litteratur der progressiven Paralyse hat in der That einen grossen Umfang erreicht. Aber leider müssen wir bekennen, dass unsere Kenntnisse darüber noch mangelhaft sind. Alle diese Arbeiten und Untersuchungen klären uns über vieles nicht auf, was sich auf diese Krankheit bezieht. Die Hauptfrage, nämlich die Frage über die krankhafte Grundlage dieser Erkrankung und ihr Wesen bleibt eigentlich ungelöst.

Solche Fälle sind z. B. die von Baillarger veröffentlichten; in einem derselben hat sich die progressive Paralyse, die sich zur tabes dorsalis gesellte, bei Lebzeiten durch nichts geäussert und wurde erst auf dem Secirtische festgestellt; dagegen in einem anderen hat die Section die vollständige Abwesenheit einer chronischen Periencephalitis, der anatomischen Grundlage dieser Krankheit, bewiesen, obgleich das klinische Bild der Krankheit klar auf die Existenz einer progressiven Paralyse hinwies.[1])

Noch mehr Unbestimmtheit und Unvollständigkeit enthalten die Untersuchungen, die die Frage über das Wesen der Krankheit, die Ursachen und Behandlung der progressiven Paralyse der Irren behandeln; die einen Autoren sagen, dass diese Krankheit eine Folge der Degeneration sei und die Neigung zu derselben schon mit der Geburt beginne; unter ihren veranlassenden Momenten nimmt die Erblichkeit die erste Stelle ein, alles übrige hat die Bedeutung zufälliger Ursachen, die nur die Krankheit zum Vorschein bringen; Andere dagegen sagen, dass die Erblichkeit hier keine besonders wichtige Rolle spiele und dass diese Krankheit sich ebenso bei einem zerrütteten Nervensystem, wie auch bei einem robusten und starken Gehirne unter dem Einfluss einer ganzen Reihe psychischer und physischer Anstrengungen des Gehirnes entwickeln; die dritten endlich erkennen das eine wie das andere an, d. h. die Erblichkeit und eine Reihe moralischer und physischer Anstrengungen. Indem die Forscher die Ursachen der progressiven Paralyse der Irren studirten, schenkten sie unter anderem der Syphilis eine grosse Aufmerksamkeit. — So sprachen im Jahre 1857 Esmarch und Jessen die Meinung aus, dass alle Fälle der allg. progressiven Paralyse ihre Entstehung der Syphilis verdanken; dann erschien in dieser Richtung eine ganze Reihe statistischer und klinischer Untersuchungen.

Aber die Frage über die Beziehung der Syphilis zur progressiven Paralyse bleibt nichtsdestoweniger unterdessen noch eine Frage, eine Feststellung ihrer Bedeutung für die progressive Paralyse geradezu ein unbedingtes Bedürfniss und jeder neue Fall, der sich auf diese Frage bezieht, kann Interesse bieten. Desshalb erlauben wir uns, die Aufmerksamkeit der Collegen auf folgenden Fall von progressiver Paralyse der Irren bei einem Syphilitiker zu lenken.

Die Krankengeschichte ist folgende:

A. S., ein Edelmann von 42 Jahren, verheirathet, Commissionär, trat den 13. Februar 1891 in die Klinik in Charkow ein. Ueber das vergangene Leben des Kranken konnte man nur Folgendes erfahren: Seine Eltern, besonders die Mutter, tranken sehr stark; seine leibliche Schwester litt an einer hallucinatorischen Psychose und starb in Folge von Entkräftung. Der Kranke selbst bot in seiner Kindheit keine besonderen psychischen Abnormitäten, zeichnete sich nur durch Eigensinn aus.

Mit 12 Jahren wurde er ins Institut nach Gatschina abgegeben. Er lernte wenig, obgleich er vortreffliche Fähigkeiten besass. Aus dem Institute wurde er

[1]) Referat im Arch. f. Psych. von Prof. Kowalewsky, Bd. VII, Nr. 1.

wegen eines groben Vergehens ausgeschlossen und sass eine Zeit lang im Gefängnisse. Nach diesem Vorfall konnte der Kranke nicht nach Haus zurückkehren und war genöthigt, sich eine Beschäftigung zu suchen. Er führte nun hinter einander ein sehr wechselvolles Leben als Postbeamter, Dolmetscher, Medicinstudent, Stundenlehrer, Matrose, Schmuggler. Er kehrte endlich im Jahre 1874 nach Russland zurück und liess sich in Charkow ohne bestimmte Beschäftigung nieder.

Bis zu dieser Zeit hatte sich der Kranke gar keine Unmässigkeiten erlaubt; aber jetzt, wo er ohne jegliche Arbeit war, ergab er sich Ausschweifungen; der Trunk und Geschlechtsvergnügungen bildeten seine täglichen Beschäftigungen; sein Obdach zur Nacht war entweder das Polizeiamt oder das Prostitutionshaus. Im Jahre 1881 erkrankte S. am harten Schanker und bald nachdem entwickelten sich die allgemeinen syphilitischen Erscheinungen. Im Laufe von zwei Monaten kurirte er sich, doch sehr nachlässig, durch Einreibungen mit Quecksilber und Jod. Im Jahre 1882 kam der Kranke zur Besinnung und beschloss, seine frühere ausschweifende Lebensweise vollständig zu ändern und sich mit irgend einer Arbeit zu beschäftigen. Er hörte auf zu trinken und es gelang ihm bald, die Stelle eines Polizeirevieraufsehers einzunehmen; später trat er als Beamter in die Kanzlei der Gouvernementsregierung ein. Später eröffnete er mit geringen Mitteln versehen, ein Commissionscomptoir. Das Geschäft ging gut und unser Patient hatte grossen Erfolg. Im Jahre 1887 begannen ihn periodenweise Schmerzen im Kreuze und in den Füssen zu beunruhigen, wozu bald incontinentia urinae, Ataxie und Impotenz hinzukamen. Er wandte sich an einen Arzt, der ihn im Jahre 1881 behandelt hatte. Der Arzt stellte bei ihm eine unzweifelhafte tabes dorsalis fest und verordnete ihm eine energische antisyphilitische Kur. Aber der Kranke kurirte sich auch jetzt nicht besonders eifrig; nichtsdestoweniger fühlte er sich im Verlaufe von drei Monaten bedeutend besser und am Schlusse des Jahres 1887 hatte sich seine Gesundheit soweit gebessert, dass er im Stande war, seinen längst gehegten Gedanken ans Heirathen auszuführen. Seine Frau wurde bald schwanger; aber im dritten Monate hatte sie eine unzeitige Niederkunft und seitdem war sie kein einziges Mal mehr schwanger.

Sie begann zu kränkeln, woran nach der Aussage der Aerzte die Syphilis ihres Mannes schuld war. — Dieser liess sich desshalb wieder behandeln; da er aber wochenlang ausser dem Hause sein musste, konnte er die verordnete Kur nicht ausführen. — Im Juli des Jahres 1890 hatten wir mehr als einmal Gelegenheit, den Kranken zu sehen, da wir seine geisteskranke Schwester behandelten, und damals äusserte sich bei ihm nichts besonderes ausser leichten tabetischen Erscheinungen; er klagte nur über Gereiztheit, die man seinen Beschäftigungen und der Krankheit seiner Schwester zuschrieb Ende November desselben Jahres begann er über Kopfschmerzen in der Nacht, Schwindel, Schmerzen im Kreuze und ein zeitweise auftretendes unfreiwilliges Herauslassen des Urins zu klagen; zudem begannen auch die geistigen Kräfte des Kranken merklich zu sinken: früher war er sehr geschickt im Schreiben von Geschäftspapieren, jetzt aber wurde er nur mit grosser Mühe und Anstrengung mit der leichtesten geistigen Arbeit fertig; oft wurde es ihm schwer, einen geeigneten Ausdruck zu finden, und er liess die Arbeit unbeendigt. Hartnäckige Verstopfung und Schlaflosigkeit stellten sich ein; wenn es ihm gelang, einzuschlafen, so geschah es nur für eine oder zwei Stunden und jedesmal erwachte er ganz in Schweiss. Wenn er vom Bette aufstand, schwindelte ihm der Kopf dermassen, dass er sich an etwas festhalten musste, um nicht zu fallen. Nachts fürchtete er sich, allein im Zimmer zu bleiben, indem er eine unerklärliche Angst fühlte. Zugleich mit der Abnahme der geistigen Kräfte stellte sich bei dem Kranken ein moralischer Verfall ein: im Gespräche gebrauchte er die unanständigsten Ausdrücke; seine Frau nannte er in Gegenwart von Fremden eine öffentliche Dirne, hob den Saum ihres Kleides auf und, ohne sich um irgend Jemand oder irgend etwas zu kümmern, forderte er auf der Stelle die Befriedigung seiner Geschlechtsbedürfnisse. Für sein Geschäft interessirte er sich schon gar nicht mehr und nur auf die inständigen Bitten seiner Frau und seiner Umgebung reiste er im Februar dieses Jahres ins Cherson'sche Gouvernement, um ein Gut zu kaufen. das man ihm unter vortheilhaften Bedingungen angeboten hatte. Es gelang ihm nicht, das Gut zu kaufen, und auf der Rückreise nach Charkow äusserte sich bei ihm eine vollständige Gestörtheit nebst Grössenwahn, so z. B. fertigte er auf einer Station zwei Depeschen ab: die eine an Seine Kaiserliche Majestät und die andere an den Gouverneur. In der letzten

Depesche schreibt er: „Morgen ist meine Krönung. Ich befehle aus Kanonen zu schiessen, widrigenfalls lasse ich aufhängen.“ Drei Tage darnach wurde der Kranke gebunden zu uns ins Hospital gebracht.

Status präsens: Der Kranke hat einen Wuchs von 167 cm, der Umfang seiner Brust beträgt 85 cm; er ist von mittlerem Körperbau, hat eine blasse Hautfarbe mit einer erdgrauen Nüance: die Schleimhäute haben eine blassrothe Farbe; der Kranke ist überhaupt blutarm und schlecht genährt. Im Bau des Schädels und des Gehirns ist eine leichte Asymmetrie bemerkbar: die rechte Hälfte ist verhältnissmässig mehr entwickelt; das Gesicht ist länglich, an der Zunge kann man deutlich ein Zittern sehen, in den Muskeln der Lippen und überhaupt des Gesichts sind fibrilläre und wellenförmige Zuckungen vorhanden. Die Pupillen sind ungleich; die rechte ist grösser als die linke; ihre erste Lichtreaction ist schwach ausgeprägt und die zweite fehlt ganz; die Accomodationsreaction ist vorhanden; Strabismen fehlen. Die Empfindlichkeit der Gesichtshaut ist geschwächt; die Mimik ist schwach ausgedrückt; die der Untersuchung zugänglichen lymphatischen Drüsen sind vergrössert; auf der Körperhaut sind hier und dort blasse atrophische Narben zerstreut. Was die inneren Organe anbetrifft, so ist bei den Lungen, der Leber und der Milz keine Abweichung von der Norm zu merken; die Thätigkeit des Herzens ist beschleunigt, der Schlag energisch, der zweite Ton accentuirt. Der Pulsschlag 100 in 1' ist voll, aber weich. Im Bau des Rückgrates sind auch keine Abweichungen zu bemerken; die Empfindlichkeit in der Gegend der Brustwirbel ist merklich erhöht. Das Kniephänomen und das Fussphänomen fehlen; das Gefühl des Schmerzes und der Temperatur ist erhalten, das Muskelgefühl aber bedeutend geschwächt; mit geschlossenen Augen bezeichnet er mit Mühe die Lage seiner Extremitäten; die Kreisbewegung der Extremitäten führt der Kranke im Bette mit Mühe aus und macht dabei verschiedenartige Bewegungen. Der Gang ist schwankend, besonders bei geschlossenen Augen; Romberg's Symptom ist klar ausgedrückt.

Der Sphincter der Harnblase ist geschwächt; der Urin wird unfreiwillig herausgelassen. Der Erotismus ist scharf ausgeprägt; der Kranke versuchte zu onaniren.

Die Vorstellung von Zeit und Raum ist verwirrt und tritt in vergrössertem Maassstabe auf: im Krankenhause ist er schon mehrere Jahre und hat hierher einen Weg von einer Million Werst gemacht. Das Bewusstsein über die Umgebung fehlt: die ihm gut bekannten Personen erkennt er nicht und hält sie für erdichtete; das Selbstgefühl ist veränderlich, bald ist er stolz und grossmüthig, bald imposant, bald hat er einen Anflug von Gleichgültigkeit. Das Gedächtniss ist geschwächt, Hallucinationen sind nicht zu merken. DieBeweglichkeit oder vielmehr dasStreben nach Bewegung ist sehr stark: der Kranke springt vom Sopha auf, läuft im Zimmer umher, springt, indem er mit den Händen ficht, fällt auf die Diele und wälzt sich mit einem wüthenden Geschrei; er zerreisst seine Wäsche, beschmutzt sich mit seinen Excrementen, versucht die Fenster zu zerschlagen, die zu seiner Verwunderung nicht zerbrechen. Seine Rede ist scandirt, mit Weglassung von Silben, und nicht ganz deutlich; die Stimme ist heiser und ein wenig bebend. Er spricht ohne Aufhören. Jeden Augenblick ertheilt er Befehle seinen Adjutanten und Generälen, für die er die ihn umgebenden Wärter und Aerzte hält: er schickt Depeschen ab und bezahlt sie mit Tausenden; Jeden, der in seinem Zimmer erscheint, ernennt er zum General und schenkt ihm eine Million Rubel; im Falle einer Entgegnung von Seiten des mit Wohlthaten Ueberhäuften entzieht er ihm seine Gnade und verurtheilt ihn zum Tode. Er besitzt 40,000 Milliarden Rubel, nein Banken, und in jeder Bank liegen 40,000 Milliarden Rubel. Er ist der Besitzer der ganzen Erde; er ist der Kaiser von Russland, er ist Gott, ja höher als Gott. Er baut eine unabsehbare Menge von Eisenbahnen und wundert sich, von wo er solch' eine Menge Geld auftreiben konnte. Er verlangt, dass man von einem Erdpol bis zum andern einen Fluss von einer Breite von 500 Werst durchführe und ein Dampfschiff aus lauterem Gold bereit halte, sonst reist er nicht aus Charkow fort. Er verlangt, dass es Niemand wage, ihm Fragen vorzulegen, da er der König der Könige und der Gott der Götter sei, Er kann in $^1/_{30}$ Secunde die ganze Welt zerstören. Er verfügt über eine Infanterie und eine Cavallerie, die aus einer unzählbaren Menge Soldaten bestehen. Alle Könige und Minister hat er zum Tode verurtheilt. Er verleiht mit freigebiger Hand Ränge und Milliarden Rubel nach rechts und nach links; er ist nicht im Stande, seine Kapitalien zu zählen, so zahlreich sind sie. Er hat die ganze Erde in Afrika, Amerika und Asien gekauft. Er ist der alleinige Eigenthümer und wir Alle sind seine Pächter; Alle müssen sich vor ihm niederwerfen, zitternd auf ihn

blicken, seine Füsse und sein Geschlechtsglied küssen. Das moralische Gefühl ist in grossem Verfall und im Vordergrunde steht bei ihm ein cynischer Egoismus. Seine Handschrift ist ziemlich gleichmässig und nur hier und da schreibt er ein wenig im Zickzack, was auf ein unbedeutendes Zittern in den Händen hinweist. In seiner Schrift ist vieles ausgelassen und unbeendigt.

14. II. Nachts schlief er nicht. Er lärmt, zerreisst seine Wäsche, verrichtet seine Nothdurft unter sich und beschmutzt sein Bett und die Wände des Zimmers mit seinen Excrementen. Er befiehlt eine Eisenbahn um die Erde herum zu bauen und dass diese Bahn unter Glaskuppeln und mit Krähnen versehen sei. Dann soll man den Krahnen öffnen und es wird regnen. — Therapie: Ein warmes Bad. Ung. Hydrarg. einer. einreiben und Natr. Jodoti cum Natr. Bromat. 15./II. Nachts schlief er wieder nicht, die ganze Zeit ertheilte er Befehle. Er goss die ihm gebrachte Milch ins Gesicht des Wärters aus und warf nach ihm mit dem Glase, da Jener es gewagt hatte, Seine Allerhöchste Majestät ans Trinken zu erinnern. Er gesticulirt beständig, spricht ohne stehen zu bleiben und eilig: seine Rede ist unzusammenhängend und es ist schwer, den Faden derselben zu finden. Er erklärt, dass er die Erde der ganzen Welt gekauft habe; er baut ein Dampfschiff mit einer Glaskuppel, unter welche er die Menschen der ganzen Welt placiren und Jedem eine Million Rubel geben wird. Er schickte Depeschen an alle Minister ab und kommt ohne Telegraph aus, da seine Stimme in der ganzen Welt zu hören ist. Er isst gern — vorzüglich flüssige Speisen, obgleich von Seiten des Schluckapparates keine Unordnung zu bemerken ist. Die Behandlung ist dieselbe. 16./II. In der Nacht hat er ein wenig geschlafen. Die Aufregung und die Uebertreibungen sind dieselben. Er baut eine Eisenbahn, wobei die Schienen, um einen Zusammenstoss zu vermeiden, besondere Ableiter haben werden, und, um ein Entgleisen des Zuges zu verhüten, werden sie 3 Werst hoch sein. Auf dieser Bahn wird der Zug in einer Secunde um die Welt herumgefahren. Die Behandlung ist dieselbe, Nachts schlief er ungefähr zwei Stunden. Er ist weniger aufgeregt. Er zog seine Beinkleider aus und wollte aus denselben ein Telephon verfertigen; übrigens, sagt er, ist das überflüssig, meine Stimme hört auch ohnedem die ganze Welt. Er verlangt einen Extrazug, um nach St. Petersburg, Charkow und Paris zu reisen. Das Zittern in der Zunge und in den Lippen ist klar ausgeprägt. Er lässt unfreiwillig Urin. Abends war eine kleine Pause, wo sich sein Bewusstsein ein wenig lichtete; er sah ein, dass er sich im Hospital befände, dass er nur ein Commissionär sei und dass es für ihn nothwendig sei, sich zu kuriren. Die Behandlung ist folgende: Ein Schwefelbad von 32° R., in Bezug auf alles andere wird fortgefahren. 18. II. Nachts schlief er fast gar nicht. Er ist wieder aufgeregt. Er schlägt stundenlang mit Händen, Füssen und Ellenbogen gegen die Fenster und wundert sich, dass er, der Besitzer der ganzen Welt, nicht im Stande ist, die Fenster zu zerschlagen. Er phantasirt in Grössenideen und sein Bewusstsein ist wie früher verdunkelt. Er isst gut. Die Behandlung ist dieselbe. 19./II. Einige Male im Laufe des Tages klärt sich sein Bewusstsein für 5 oder 10 Minuten auf; dann antwortet der Kranke vernünftig auf alle Fragen, aber dieser Zustand geht bald in sein gewöhnliches Phantasiren über. Er beabsichtigt, die ganze Erdkugel in ein goldenes Ei einzuschliessen. Er schläft wenig. Die Behandlung ist folgende: Einreibungen und Natr. Jodat. — Ein Schwefelbad von 32° R. 20./II. Er verlangt einen Zug und dass dieser in $^1/_{1000000}$ Secunde bereit sei. Die lichten Augenblicke in seinem Bewusstsein kommen immer häufiger vor. In solchen Augenblicken sieht er ein, dass er wirklich irrsinnig war und sich für einen König hielt. 22. II. Er ist bedeutend ruhiger. Nachts schlief er ungefähr 5 Stunden und am Tage 2 Stunden. Das Phantasiren tritt schwächer auf. Er erinnert sich deutlicher der vergangenen Ereignisse. Der Pulsschlag ist 82—96. Incontinentia urinae. 23./II. Der Kranke rast nicht mehr, aber er phantasirt wie früher; er sucht Alle von der Logik seiner Folgerungen hinsichtlich des goldenen Eies, in welches er die ganze Welt einschliessen will, zu überzeugen; er wird das Ei mit Wasserstoff füllen und es wird fliegen. Er bittet um bessere Kleider. Er drückt die Befürchtung aus, dass seine Comptoirgeschäfte ohne ihn sich verwickeln werden. Er hat die Nacht gut geschlafen. Er ist ordentlicher. Die Behandlung ist dieselbe, dazu ein Schwefelbad. 24./II. Am Morgen ist das Grössenwahndelirium und Uebersprungen von einer Idee zur andern wie früher. Dem Kranken ist vorgeschlagen worden, ihm eine spanische Fliege auf den Hals zu setzen und er ist gern darauf ein-

gegangen, was in den ersten Tagen nicht zu erreichen gelang. Er bittet, man möchte mit ihm thun, was man wolle, damit er nur nicht irrsinnig werde. Heute weint er mehr. Er befürchtet Anfälle von Wahnsinn und bittet, dass der Wärter in seinem Zimmer übernächtige. Er verliert unfreiwillig Urin wie früher. Behandlung: Vasicatorium ad nucham und alles übrige fortgesetzt. 26/II. Das Grössenwahndelirium wie früher; er ist oft gereizt und droht seiner Umgebung mit dem Tode, dann wird er auf einmal gnädig, — beschenkt alle mit Rang und Millionen. Während dieses Deliriums kommen minutenweise lichte Augenblicke vor und das Bewusstsein, dass er irrsinnig war. In diesen Momenten ist sich der Kranke bewusst, dass er Unsinn gesprochen habe, dass er ein gewöhnlicher Sterblicher ist, aber bald fängt er von neuem an, dummes Zeug zu sprechen und zu phantasiren. Die Behandlung ist dieselbe, ausserdem ein Schwefelbad. 27./II. Er schläft die Nächte gut und isst genügend. Das Körpergewicht hat um 4 Pfund zugenommen. Das Grössenwahndelirium ist viel schwächer; er vertheilt schon keine Millionen mehr, baut keine Eisenbahnen; er ist jetzt kein Gott und kein Kaiser, sondern nur ein Minister in seiner Art und ein verhältnissmässig reicher Mensch. Die Behandlung ist dieselbe. 28./II. Schlaf und Appetit sind gut. Die Function des Darmkanals ist regelmässig. Er ist bedeutend ruhiger. Von den früheren grossartigen Ideen sind nur einige Spuren vorhanden; Erschlaffung der geistigen Fähigkeiten ist nicht bemerkbar; die Erinnerungs- und Gedächtnissfähigkeit bessert sich. Zeitenweise tritt eine schnell veränderte Stimmung ein: bald ist er stolz und zufrieden, wenn er von seiner Grösse spricht, bald ist er traurig und weinerlich gestimmt und hält sich für unglücklich, küsst dem Arzte die Hände und neigt sich vor ihm bis zur Erde.

Die Harnblase functionirt dem Anscheine nach besser. Die Behandlung ist dieselbe, ausserdem Tinct. Nuc. vomic. mit Sol. arsen. Fowleri. 1./III. Er spricht den Wunsch aus, Schlosser zu werden, da die Muskeln bei ihm ausgezeichnet entwickelt sind und er die genügende Kraft in sich fühlt. Er beabsichtigt eine Schmiede im Grand-Hôtel zu bauen und Arbeiter anzunehmen, denen er zu 300 Rubel monatlich zahlen wird, un Frauen auf-zufordern, die Wein zu 5 Rubel das Spitzglas verkaufen werden. Die Behandlung ist dieselbe. Ein Schwefelbad. 3./III. Der Kranke ist bedeutend ruhiger; das unzusammenhängende Grössenwahndelirium erscheint nur dann, wenn der Kranke lange spricht. Er sieht seine Lage klar ein. Auf die Fragen, was er ist und womit er sich beschäftigt, antwortet er: ich bin ein Edelmann, in der letzten Zeit beschäftigte ich mich mit Commissionsgeschäften und nach meinem Austritt aus dem Hospital beabsichtige ich dies Geschäft fortzusetzen. Sein Gang ist fester: er geht gern und ziemlich lebhaft im Hofe spazieren. Die Behandlung ist dieselbe. 6./III. Die psychische Sphäre wird lichter; das Grössenwahndelirium ist fast gar nicht mehr vorhanden. Die Lichtreaction der Pupillen ist deutlicher ausgedrückt; die Pupillen sind zeitenweise gleich. Die Behandlung ist dieselbe, ausser den Frictionen. Täglich Schwefelbäder. 10./III. Er spricht verständlich; auf die Fragen giebt er ganz vernünftige Antworten. Erst im längeren Gespräch zeigt sich die Schwäche. Während der Nacht geschieht ein unfreiwilliges Herauslassen des Urins. 12./III. Das Phantasiren kommt nicht vor. Er hat einen vernünftigen Geschäftsbrief geschrieben. Sein Gang ist sicherer und gleichmässiger; auf dem Spaziergange geht er rasch und fest. Er combinirt gut und rechnet rasch und richtig. 14./III. Das Zittern der Zunge und der Lippen ist viel geringer. Er ist ein wenig aufgeregt. Manchmal erscheinen minutenlang Spuren des früheren Phantasirens, von welchem er aber sogleich absteht. Die Quantität des Urins ist 975. Die unfreiwillige Urinabsonderung geschieht nicht jede Nacht. Im Gewicht hat er an 5 Pfund zugenommen. 17./III. Er phantasirt nicht mehr. Die atactischen Erscheinungen sind bedeutend geringer, obgleich das Rombergsche Symptom klar hervortritt und das Kniephänomen fehlt. Natr. Jodatum und Schwefelbäder sind weggelassen. Dafür werden bipoläre electrische Bäder verordnet. 20./III. Er ist ruhiger. Er liest gern und mit Interesse die Zeitung. Er geht aus dem Hospital in sein Comptoir. Er ist besorgt um seine Commissionsgeschäfte, die jetzt in Stockung gerathen sind. Er steht von allen seinen früheren Phantasien ab. 26./III. Die Urtheile und Vernunftsschlüsse des Kranken haben nichts Unnormales. Er sieht klar ein, dass er krank war und dass er auch jetzt nicht ganz gesund ist; er wünscht sich zu kuriren und befolgt alle Verordnungen des Arztes genau. Er bedauert nur, dass er nicht lange im Hospital bleiben könne, da die Geschäfte in seinem Comptoir so heruntergekommen sind. 31./III. Der Kranke hat

die Anstalt verlassen, um zu Hause seine Kur fortzusetzen; indem er letztere befolgte, fühlte er mit jedem Tage immer mehr und mehr ein Zunehmen seiner Kräfte. Dr. Poliakow, der den Kranken bei ihm im Hause behandelte, theilte uns freundlich mit, dass seine geistige Thätigkeit nicht den Stempel grosser Erschlaffung trage; mit seinen Geschäften wurde er ausgezeichnet fertig und jetzt, nachdem der Kranke vor 6 Monaten das Krankenhaus verlassen hatte, setzt er mit Erfolg seine Commissionsgeschäfte fort.

Wenn wir nun aus den Beobachtungen über diesen Fall Schlüsse ziehen, erhalten wir im Ganzen folgendes: Die Trunksucht der Eltern und die Familienempfänglichkeit zu Psychosen, die angestrengte nervöse Thätigkeit im Kampfe mit den Drangsalen des Lebens, der Missbrauch des Alcohols, die durch Ansteckung zugezogene Syphilis und ihre nachlässige Behandlung, 6 Jahre später die Erkrankung an Tabes und die Genesung von dieser Krankheit durch eine antisyphilitische Behandlung und endlich 10 Jahre später die Erkrankung an der progressiven Paralyse der Irren, von welcher sich der Kranke erholt hat, indem er ebenfalls antisyphilitische Mittel gebrauchte. Wie der gegenwärtige Zustand unseres Kranken zu verstehen ist, d. h. ob man ihn für genesen oder in dem Zustande intervalli lucidi befindlich auffassen kann — die Lösung dieser Frage wollen wir der Zeit und den Bedingungen, unter welchen er leben und arbeiten wird, anheimstellen, aber jetzt wollen wir die Thatsache feststellen, dass er an der acuten progressiven Paralyse der Irren befallen war und, nachdem er ausser anderen Mitteln auch antisyphilitische gebraucht, sich so weit erholt hatte, dass er im Stande war, seinen ziemlich complicirten Berufsgeschäften nachzugehen, ein Familienhaupt und überhaupt eine nützliche Arbeitskraft zu sein; mit einem Wort, die Therapie hat im gegebenen Falle das erreicht, was bei der acuten Form der progressiven Paralyse der Irren sehr selten ist und nach der Meinung einiger Schriftsteller sogar nie geschieht. Dass wir in unserem Falle es mit einer acuten Form der progressiven Paralyse der Irren zu thun hatten, daran kann man wohl kaum zweifeln.

Alle Symptome, welche diese Krankheit characterisiren, waren augenscheinlich: die Eingangsperiode, welche verhältnissmässig nicht lange währte, zeigte sich im Verlust der moralischen und geistigen Fähigkeiten, in Kopfschmerzen, Schwindel, Schlaflosigkeit, Unklarheit der Gedanken und Gereiztheit. Alles dieses ging schnell in Raserei über mit einer vollständigen Verwirrung des Bewusstseins, einer Menge wahnsinniger Ideen und sinnlosen Grössenwahndeliriums. Daneben die Ungleichheit der Pupillen, das characteristische Zittern in der Zunge und starke characteristische Zuckungen in den Muskeln der Lippen und des ganzen Gesichtes, ein unenthaltsames Streben nach Bewegung mit der Steigerung, Alles zu zerstören und sich mit seinen Excrementen zu beschmutzen, die Unmoralität, der Cynismus, der Egoismus, endlich incontinentia urinae, die klar ausgedrückte Ataxie, die scandirte Rede und die characteristische Schrift mit Weglassungen und Verkürzungen: alles dieses characterisirt am besten unseren Kranken als einen von paralysis progressiva alienatorum vera Befallenen und in Anbetracht dessen, dass die Krankheit verhältnissmässig nicht lange dauerte, sind wir im Recht, sie „acuta“ zu nennen, Die Richtigkeit der Diagnose im gegebenen Falle wird noch mehr bestätigt durch den Vergleich des

klinischen Bildes und hauptsächlich des Characters des Phantasirens mit dem, was Autoritäten wie Fournier, Kowalewsky und Andere über die Unterscheidungssymptome der echten progressiven Paralyse der Irren aussagen.

So sagt Fournier: Vielleicht ist es viel characteristischer für solch' einen Zustand der progressiv Gelähmten, wenn sie ganz zufrieden mit sich selbst, ihrer Gesundheit, ihrem enormen Vermögen und ihren Talenten sind. Sie halten sich für die Lieblinge des Schicksals, für grosse Redner, Könige, Propheten u. s. w. Sie sind beständig mit grossartigen Plänen beschäftigt, die die Oberfläche der Erde verändern, Menschen von einem enormen Wuchs schaffen, Städte aus Gold bauen, die ganze Welt an einem 1000 Werst langen Tische bewirthen müssen u. s. w.

Bei einer syphilitischen Pseudo-Paralyse werden wir nichts dergleichen finden. In den meisten Fällen dieser Krankheit ist das Grössenwahndelirium, das der progressiven Paralyse so eigen ist, abwesend.[1]) Professor Kowalewsky sagt, dass die syphilitische Pseudoparalyse fast niemals so rasch eintritt, wie die allgemeine progressive Paralyse; in der ersteren sind immer die Demenz-Erscheinungen vorherrschend, wobei das Grössenwahndelirium entweder ganz fehlt, oder, wenn es vorhanden ist, lange nicht in solch' einer grellen und auffallenden Form; es sind mehr Spuren des Grössenwahndeliriums als Grössenwahndelirium selbst.[2]) Bei unserem Kranken aber hat sich die Krankheit verhältnissmässig rasch entwickelt und das Phantasiren von Ruhmsucht und Ehrgeiz trat in einer grellen und auffallenden Form auf. Endlich die Symptome im motorischen Gebiet, wie der Character des Tremors, die Abwesenheit der echten Lähmungen, Hemiplegien u. dergl. sprechen auch viel zu Gunsten der echten progressiven Paralyse der Irren und nicht irgend einer anderen ähnlichen Krankheit. Es ergab sich also, da wir es mit der progressiven Paralyse der Irren bei einem Menschen zu thun haben, der schon früher, wie es aus der Geschichte seiner Krankheit zu ersehen ist, an Syphilis litt, die Nothwendigkeit, folgende zwei Fragen zu lösen: erstens, wie man die Syphilis in unserem Fall betrachten soll, d. h. soll man sie für die wesentliche Ursache der Lähmung annehmen oder soll man sie nur für ein zufälliges Moment halten?

Die zweite Frage ist eine rein practische: welche Therapie soll man bei unserem Kranken anwenden, d. h. soll man sich nur mit antinervösen Mitteln begnügen oder auch noch antisyphilitische hinzufügen?

Die Lösung dieser Fragen hatte desto mehr Bedeutung für uns, da in der letzten Zeit einige Forscher, vom Grundsatze ausgehend, dass die Syphilis ein Moment ist, das die progressive Paralyse nur zum Vorschein bringt, und dass die Neigung zu dieser Krankheit schon von der Geburt an vorhanden ist, sich entschieden gegen die Anwendung antisyphilitischer Mittel und besonders des Mercur bei der Behandlung der progressiven Paralyse bei Personen, die an Syphilis gelitten haben, aussprechen.

Auf der vierten Zusammenkunft der russischen Aerzte sagt Herr Professor M. Tarnowsky in seiner Abhandlung: „Die Syphilis des

[1]) Fournier: Syphilis des Gehirns. p. 218.
[2]) Prof. Kowalewsky: Psychiatrie. B. I. p. 413.

Gehirns und ihre Beziehung zu den anderen Erkrankungen des Nervensystems“ unter anderem, dass die paralysis progressiva niemals eine Erscheinungsform der Syphilis bilde und dass die mercurielle Behandlung dieser Krankheit vollständig ausgeschlossen werden müsse, sogar bei den Kranken, die nach der Anamnese unzweifelhaft die Syphilis haben. Die specifische Behandlung der echten progressiven Paralyse der Irren bei den Syphilitikern ist nach dieser Anschauung eine Thätigkeit, die etwa nur darauf gerichtet ist, zu sagen: es ist alles gethan worden, was möglich war, der Kranke starb „lege artis“, — da in allen Fällen der progressiven Paralyse bei den Syphilitikern, die es ihm gelungen war, von Beginn der Nervenerkrankung an zu verfolgen, ohne jegliche Ausnahme, die specifische Behandlung, wenn sie auch noch so früh unternommen wurde, niemals eine Genesung herbeiführte; — die Krankheit endigte immer mit dem Tode und je mehr man die Anwendung des Mercurs missbrauchte, desto früher geschah es.“[1]) Derselben Ansicht sind auch einige andere Forscher, nach deren Meinung die Syphilis keine hervorragende Rolle in Beziehung zu der progressiven Paralyse spielt, sondern nur eins von den zufälligen Momenten ist, welches das geistige Gleichgewicht vollends stört und dadurch dazu beiträgt, dass ein Mensch, der dazu geneigt ist, einer Geisteserkrankung ausgesetzt wird. Sobald das aber der Fall ist, so kann von einer specifischen Behandlung der Nervenerkrankungen, wozu natürlich auch die progressive Paralyse der Syphilitiker gehört, keine Rede sein; ausser Schaden kann sie nichts anderes bringen.

Indem wir den Beweisführungen dieses bewährten Forschers die vollste Gerechtigkeit widerfahren lassen und ihrer Verwerfung einer wesentlichen Verbindung der progressiven Paralyse mit der Syphilis und des Nutzens der Behandlung der Paralyse bei den Syphilitikern mit specifischen Mitteln, folgen, müssten wir aber sagen, dass auch bei unserem Kranken die Syphilis eine zufällige Beziehung zu der progressiven Paralyse hat und ihre Therapie nur aus Mitteln gegen Nervenerkrankungen bestehen müsse. Wenn wir aber einen solchen Schluss gelten lassen wollten, würden wir gegen die Beweisführungen und Grundsätze handeln, die durch die Praxis vieler anderer, bei weitem nicht weniger massgebenden Autoren ausgearbeitet worden sind, die der Syphilis, als dem veranlassenden Momente der progressiven Paralyse, eine grosse Bedeutung zuschreiben und dementsprechend empfehlen; die meisten von ihnen gern eine antisyphilitische Behandlung der progressiven Paralyse bei den Syphilitikern. So kommt Professor Obersteiner auf Grundlage der Beweisstücke, die er an 1000 Irrsinnigen in seiner Anstalt erhalten hat, zu dem Schlusse dass die Syphilis eine wesentliche Rolle in der Veranlassung der progressiven Paralyse generalis spielt.[2]) Professor Strümpell erkennt ebenfalls an, dass die Syphilis eine grosse Bedeutung als veranlassendes Moment der progressiven Paralyse hat und besteht besonders auf solch' einer Aetiologie dieser Erkrankung, wenn diese bei Personen von vorgerücktem Alter erscheint.[3]) Dr. Morel Lavallee und Belieres stellen in ihrer Schrift „Syphilis et paralysies générale“ im Jahre

[1]) Prof. Tarnowsky: Die Syphilis des Gehirns etc. Medicina 1891, Nr. 4.
[2]) Obersteiner: Wien. med. Wochenschrift 1883, Nr. 33 u. 34.
[3]) Strümpell: Neurologisches Centralblatt 1888, Nr. 5.

1889 die Thatsache fest, dass es Fälle wirklicher Paralyse giebt, unter deren ätiologischen Momenten sich die Syphilis befindet und die Häufigkeit der Erscheinung dieses ätiologischen Momentes in der allgemeinen progressiven Paralyse im geraden Verhältniss zu der Fülle und Genauigkeit der gesammelten anamnesischen Beweisstücke steht.[1])

Professor P. J. Kowalewsky stellt unter die wichtigen Ursachen der progressiven Paralyse die Syphilis und bei den sichtbaren Spuren derselben empfiehlt er eine sorgfältige antisyphilitische Behandlung.[2])

In der letzten Zeit ist die Schrift des Doctor Hutchinson erschienen,[3]) der unter anderem sagt, dass die Mercurtherapie einen besonders grossen Nutzen dort bringen könne, wo die Syphilis der Krankheit zu Grunde liegt und in dieser Beziehung steht die progressive Paralyse der Irren im Vordergrunde. In diesen Fällen sah der Autor den grössten Nutzen in der Anwendung einer Mercurtherapie, ja, einen noch grösseren als bei einer Jodkur. Daneben stellt er noch die Thatsache fest, dass das Einspritzen des Mercur bei der Behandlung verschiedener Krankheiten lange nicht so gefährlich und so schädlich sei, wie man früher dachte. Er hatte Gelegenheit, Mercur in vielen Fällen anzuwenden, wo sogar gar kein Grund war, die Syphilis zu befürchten und er hat nie gesehen, dass etwas Schlechtes daraus entstanden wäre. Endlich hat sich in der letzten Zeit zu Gunsten der Anwendung der antisyphilitischen Kur in Fällen von Nervenerkrankungen, wo die Syphilis als veranlassendes Moment erscheint, sogar Professor Charcot ausgesprochen, der besonders in angeborenen Fällen eine dauerndere und energischere antisyphilitische Behandlung, als bei einer erworbenen Gehirnsyphilis anzuwenden räth.[4])

Auf diese Weise sind die bestehenden Ansichten über die Beziehung der Syphilis zu der progressiven Paralyse und die Behandlung der letzteren bei den Syphilitikern diametral entgegengesetzt und die Fragen: „Soll man die Syphilis für die wesentliche Veranlassung der progressiven Paralyse der Irren halten und soll man letztere bei den Syphilitikern mit antisyphilitischen Mitteln kuriren?“ — bleiben ungelöst und unbestimmt.

Wodurch kann man sich solch' einen Widerspruch der Ansichten erklären, wesshalb wird eine und dieselbe Erscheinung von verschiedenen Forschern verschieden verstanden? Auf die Einzelheiten einer Erörterung dieser Frage werden wir nicht eingehen und wollen uns nur auf eine Bemerkung folgenden Inhalts beschränken: Wenn der Forscher es mit einer gewissen, bezw. beschränkten Anzahl Kranker zu thun hat und aus der Behandlung diese oder jene Schlüsse zieht, so kann er nur in Bezug auf sein Material, das einen X., Y. und Z. in sich begreift, vollständig Recht haben — aber das, was unstreitig richtig ist in Bezug auf X., Y., Z., kann nicht obligatorisch sein für A., B. u. s. w.; da alle diese, X., Y., Z., A. und B. nicht einfache Erscheinungen, sondern complicirte Organismen darstellen und sich von einander durch eine Menge theils erb-

[1]) Cfr. Archiv für Psychiatrie von Prof. Kowalewsky, 1890, Bd. XIII, Nr. 2.
[2]) Prof. Kowalewsky: Die Psychiatrie, p. 399—401.
[3]) Dr. Hutchinson: The modern Treatement of Syphilis. The Practitioner, 1891.
[4]) Archiv für Psychiatrie von Prof. Kowalewsky, Bd. XVIII, Nr. 2.

licher, theils erworbener Eigenthümlichkeiten und Eigenheiten unterscheiden; in Anbetracht dessen kann es nach unserer Meinung in der gegenwärtigen Zeit kaum eine genaue und bestimmte Lösung dieser Fragen geben.

Die Beweisführung der Autoritäten für eine definitive Lösung dieser Fragen anzunehmen, hiesse, wenigstens bei der gegenwärtigen Lage der Dinge, dem Princip der Individualisirung und der Forderung des wissenschaftlich-objectiven Studiums eines jeden einzelnen Falles zuwiderhandeln.

Was die Frage über die Behandlung der progressiven Paralyse bei den Syphilitikern anbetrifft, können wir in Anbetracht vieler Fälle aus unserer Praxis nicht anders, als mit den oben angeführten Meinungen Hutchinson's, Charcot's und Strümpell's einverstanden sein; indem letzterer die Behandlung der Tabes bei den Syphilitikern, einer Krankheit, die der progressiven Paralyse analog ist, bespricht, sagt er unter anderem, dass man auf Grundlage zahlreicher klinischer Beobachtungen sehen könne, wie oft bedeutende Besserungen unter dem Einfluss einer antisyphilitischen Behandlung geschehen und dass es in zweifelhaften Fällen besser sei, ein übriges Mal die Mercurtherapie anzuwenden, wenn sie sich sogar als unnütz erweisen sollte, als das zu unterlassen, was vielleicht helfen könnte. Wir persönlich hatten in unserer Praxis mehr als einmal Gelegenheit, uns vom Nutzen ähnlicher Versuche einer energischen antisyphilitischen Behandlung bei Nerven- und Gemüthserkrankungen, über deren Ursprung noch Zweifel walteten, zu überzeugen und haben es niemals bereut.

Zur Veranschaulichung erlaube ich mir, in Kurzem noch folgende drei Fälle anzuführen: II. Der Kranke F., ein Jude, 45 Jahre alt, litt im Jahre 1880 an einer unbestimmten Psychose und im Jahre 1882 trat er in die Anstalt für Geisteskranke zu Poltawa mit klar ausgedrückten Symptomen der progressiven Paralyse ein. Hinweisungen auf die Syphilis in der Anamnese waren nicht vorhanden, auf der Haut aber und besonders auf den unteren Extremitäten zeigten sich die characteristischen Narben und die der Untersuchung zugänglichen lymphatischen Drüsen waren vergrössert. Im Januar des Jahres 1883 traten incontinentia urinae und unfreiwillige Ausleerungen ein; der Kranke blieb im Bette. Es wurde beschlossen, die Mercurtherapie zusammen mit Jod zu versuchen. Im Mai war der Kranke im Stande, in den Garten zu gehen und leichte Arbeiten zu verrichten; im Juni hatte er sich geistig so weit erholt, dass er Interesse für seine Familie und seine Handelsgeschäfte zeigte, und im Juli verliess er das Hospital in solch' einem befriedigenden Zustande, dass er mit Erfolg seine Geschäfte fortsetzen konnte. Im Jahre 1884 hatte ich Gelegenheit, diesen Kranken zu sehen, und ausser einigen unbedeutenden Lücken des Gedächtnisses äusserte sichnichts bei ihm.

III. D., Chef der Telegraphenstation, 38 Jahre alt, trat im Februar des Jahres 1884 mit Symptomen der progressiven Paralyse in's Hospital ein: das Grössenwahndelirium trat in starkem Grade auf, ferner eine Unruhe, die bis zur Raserei ging, eine schwerfällige Sprache, eine characteristische Schrift und ein Zittern in der Zunge und den Muskeln des Gesichtes. Syphilis vor 6 Jahren. In Bezug auf die Erblichkeit war nichts zu erfahren. Die Behandlung bestand in Anwendung von Mercur-

Einreibungen und Jod, zugleich mit anderen rein antinervösen Mitteln. Das Endresultat war, dass der Kranke im Stande war, das Hospital zu verlassen und wieder seinen Pflichten nachzugehen.

IV. A., abgedankter Soldat, 37 Jahre alt, trat im April des Jahres 1882 ins Krankenhaus in einem heftig aufgeregten Zustande und mit Hallucinationen ein. Während eines Wuthanfalles tödtete er einen Wärter. Anamnestische Angaben sind nicht vorhanden. Die Besichtigung des Kranken zeigte eine Periostitis und eine vollständig entwickelte iritis oculi sinistri. Es wurde eine energische antisyphilitische Behandlung verordnet. Vier Monate später erholte sich der Kranke und bald nachdem hatten wir eine Zeit lang die Möglichkeit, ihn zu beobachten, als er in der Augenabtheilung desselben Hospitals wegen einer Operation auf dem linken Auge war.

Zugleich mit diesen und ähnlichen Fällen hatten wir Gelegenheit, auch solche zu beobachten, wo bei klaren Beweisen der Syphilis eine antisyphilitische Behandlung erfolglos blieb; dabei kam es in den meisten dieser Fälle vor, dass wir manchmal ziemlich ernste Verwickelungen von Seiten der Leber und des Venensystems, die auf eine Venenstockung und eine Störung des Blutumlaufes hinwiesen, feststellen mussten.

Indem wir zu unserem gegenwärtigen Falle zurückgehen und die Geschichte der Krankheit durchsehen, finden wir zur Lösung der Frage über die Beziehung der Syphilis zur progressiven Paralyse folgende Beweisstücke: Im Jahre 1881 erkrankte unser Patient am harten Schanker mit den darauffolgenden Erscheinungen der Syphilis, er kurirte sich nur im Laufe von zwei Monaten und auch das sehr nachlässig, — fast zu derselben Zeit hörte er auf, Alcoholgetränke zu sich zu nehmen. Sechs Jahre nach der durch Ansteckung zugezogenen Syphilis erkrankte er an Tabes; er machte eine dreimonatliche antisyphilitische Behandlung durch und fühlte sich so weit besser, dass er sich vollständig hinsichtlich des weiteren Schicksals seiner Krankheit beruhigte; aber drei Jahre später erkrankte er an der progressiven Paralyse. Mit dieser Krankheit trat er auch in unser Hospital ein, wo ausserdem tabetische Erscheinungen, characteristische Narben und vergrösserte lymphatische Drüsen festgestellt wurden. Auf diese Weise haben wir unzweifelhafte Beweise zu Gunsten dessen, dass unser Kranker an Syphilis litt, die, wie man mit Sicherheit annehmen kann, nicht auskurirt war, und dass er augenscheinlich auch gegenwärtig nicht von der syphilitischen Infection frei ist. Das ist das erste Moment. Andererseits hat sich 6 Jahre nach der durch Ansteckung zugezogenen Syphilis die Tabes bei ihm entwickelt, die, wie die Untersuchungen Strümpell's, Erb's und Anderer zeigen, sich in 70%—89% in Verbindung mit der syphilitischen Infection befindet, und in unserem Falle ist diese Verbindung desto wahrscheinlicher, da bei einer antisyphilitischen Behandlung der Patient sich in bedeutendem Maasse von den tabetischen Symptomen erholt hat.

Weiter sind in den Untersuchungen Köberlein's, Tomsen's, Strümpell's und Anderer Hinweisungen darauf, dass zwischen der Tabes und der progressiven Paralyse eine gewisse Analogie vorhanden ist. Strümpell z. B. sagt, dass die progressive Paralyse eine Tabes des Gehirns sei.[1]) Wenn

[1]) Strümpell: Neurologisches Centralblatt 1886, Nr. 19.

das der Fall ist, können wir in unserem Falle mit grosser Wahrscheinlichkeit eine intime Beziehung der Paralyse zur Tabes zulassen; und wenn wir Grund hatten, anzuerkennen, dass die Tabes bei unserem Kranken syphilitischen Ursprungs sei, so entspringt daraus auch die Möglichkeit, anzuerkennen, dass auch die progressive Paralyse bei ihm syphilitischen Ursprungs sei.

Kurz, in Anbetracht aller dieser Umstände können wir in unserem Falle mit grosser Sicherheit die Syphilis als die wesentliche Ursache der progressiven Paralyse betrachten. Indem wir zu diesem Schlusse kommen, wollen wir damit nicht sagen, dass unser Patient nur dessbalb an der Paralyse erkrankte, weil er ein Syphilitiker war. Nein, dazu waren bei ihm noch andere anregende Ursachen, wie: eine erbliche und Familienneigung zu Psychosen, der Kampf mit einer ganzen Reihe von Lebensdrangsalen, welcher sein schwaches Nervensystem bedeutend untergrub, und theilweise die Trunksucht.

Aber diese Ursachen hatten nur die Bedeutung prädisponirender Momente, dank denen das Gehirn unseres Kranken geminderte Widerstandsfähigkeit hatte. Sie halfen nur der Syphilis dazu, dass unser Patient an der progressiven Paralyse erkrankte, die bei ihm nicht hätte sein können, wenn er nicht an Syphilis gelitten hätte.

Indem wir zur Frage über die Therapie unseres Kranken übergingen, blieben wir in Anbetracht der Bedeutung seiner Syphilis auf der Anwendung des Mercur zugleich mit antinervösen Mitteln und antisyphilitischen Behandlungsmassregeln stehen. Dem Kranken wurden vom ersten Tage seines Eintritts ins Hospital subcutane Injectionen von Suplimat verordnet. Er bekam täglich ung. hydrarg., ferner kalium bromatum, sowie kalium jodatum und ausserdem nahm er alle drei Tage Schwefelbäder von 32° Reaumur.

Das Resultat war vollständig befriedigend. Dem Kranken ging es nicht nur nicht schlechter, sondern er erholte sich und erhielt die Möglichkeit, wieder ein freies Leben zu führen und mit Nutzen zu arbeiten.

Auf diese Weise bietet unser Fall in dem Sinne ein Interesse, als er die Richtigkeit des Grundsatzes bestätigt, dass Beweisführungen, die von 800 Fällen erhalten worden sind, nicht massgebend für den 801. Fall sind und dass bei der Bestimmug der veranlassenden Momente und der Mittel der Behandlung jedes gegebenen Falles es zuerst nothwendig ist, die Forderungen der Indivivualisirung und den wissenschaftlich objectiven Gesichtspunkt aufrecht zu erhalten.

Ausserdem bietet unser Fall noch ein anderes wissenschaftliches Interesse, nämlich: es wnrde dabei eine Verbindung der progressiven Paralyse mit der Tabes beobachtet, wobei letztere der ersteren voranging. Die Thatsache des gleichzeitigen Vorhandenseins dieser beiden Krankheiten wird in der letzten Zeit immer öfter und öfter festgestellt.

So sagte z. B. Baillarger im Jahre 1885, dass ihm nur ein Fall der Verbindung beider Krankheiten bekannt sei[1]); dabei erfahren wir im Jahre 1890, dass im Privat-Hospital des Dr. Herz in Bonn unter 24 progressiv

[1]) Archiv für Psychiatrie von Prof. Kowalewsky, Bd. VII, Nr. 1.

Paralytischen 66% Tabetiker gefunden wurden.[1]) Solch' ein häufiges Zusammentreffen der Tabes mit der progressiven Paralyse lässt uns unwillkürlich einen genetischen Zusammenhaug beider Krankheiten vermuthen, woran die meisten Forscher, wie es scheint, schon nicht mehr zweifeln.

Nur das Wesen dieses Zusammenhanges ist noch unbekannt; aber das Studium von Fällen eines solchen Zusammenhanges wie bei unserem Kranken kann auch diese Frage einigermassen aufklären.

Zum Schlusse erlauben wir uns folgende Grundsätze aufzustellen:

1. Die Frage über die ursächliche Beziehung der Syphilis zu der progressiven Paralyse der Irren bleibt ungelöst.
2. Die kategorische Verwerfung der ursächlichen Bedeutung der Syphilis in Bezug auf die progressive Paralyse ebenso wie auch die positive Behauptung derselben sind Extreme, die keine streng thatsächliche Rechtfertigung haben. Es giebt Fälle von progressiver Paralyse nicht syphilitischen Ursprungs und umgekehrt giebt es Fälle, wo die progressive Paralyse als Folge der Syphilis hervorgetreten ist.
3. Bei der Feststellung der nächsten und wesentlichsten Ursache der progressiven Paralyse ist es nothwendig, sich von den klinischen Beweisstücken eines jeden einzelnen Falles leiten zu lassen.
4. Hat man einmal im gegebenen Falle mit grosser Wahrscheinlichkeit einen Zusammenhang der progressiven Paralyse der Irren mit der Syphilis festgestellt, so ist es besser, bei ihrer Behandlung antisyphilitische Mittel anzuwenden, als letztere zu verschmähen; und endlich:
5. Indem wir in derartigen Fällen antisyphilitische Mittel, wie Mercur und Jod verordnen, können wir auf dieselben wie auf Mittel rechnen, die den Stoffwechsel verstärken und dementsprechend das Heraustreiben des syphilitischen Giftes oder seiner Producte aus dem Organismus befördern; in Anbetracht dessen ist es nothwendig, zugleich mit diesen Mitteln noch andere Hilfsmittel anzuwenden: warme (32°—27°) Wasser- und Dampfbäder u. dergl. bei einer guten und regelmässigen Ernährung der Kranken.

---

[1]) Thomsen: Allg. Zeitschr. f. Psych.. XLVI, Nr. 5.

II. Bibliographie.

Zur Weiterentwicklung der Lombroso'schen Theorie.

514) Von Dr. H. Kurella.
(Fortsetzung.)

Die Craniologie der Verbrecher hat eine ausführliche Bearbeitung durch Prof. Debierre in Lille gefunden (11), der eine grosse Zahl (mehr als 400) von Verbrecherschädeln in Paris, Lyon, Gent, Brüssel und Lüttich durchmustert hat (in Paris mehr als 100, in Lüttich mehr als 300); die Schädel stammten von Männern, die sämmtlich schwere Verbrecher waren, $^2/_3$ waren zum Tode verurtheilt.

Von diesem grossen Material beschreibt D. nur 66 Schädel genauer, und zwar giebt er im wesentlichen nur die Mittel für die einzelnen Schädelmaasse; auch erfährt man nicht, nach welchen Gesichtspunkten er diese 66 Schädel aus dem grossen ihm zugänglichen Material ausgewählt hat. Die Mittel gaben kein Resultat, das erheblich von Maassen normaler Schädel, die D. daneben stellte, abwichen, indessen sind Mittelzahlen bedeutungslos für die Characteristik abnormer Einzelheiten, zwei Schädel, von denen einer 900, der andere 1800 Cubikcentimeter Inhalt hat, geben genau dasselbe Mittel, wie zwei andere von 1200 und 1500 Cbcm. Inhalt; nur in der grossen Differenz zwischen der vorderen und der hinteren Hälfte des Horizontalumfangs weichen die beiden Mittel D.'s von einander ab, und es ergiebt sich, wie bei anderen Beobachtern, eine stärkere Entwicklung der hinteren Hälfte bei Verbrechern; am Gesichtstheil werden die Differenzen beider Reihen bedeutender.

Mittelwerthe	bei Verbrecherschädeln	bei gewöhnl. Anatomieschädeln
Jochbogenabstand	132 mm	128 mm
Kleiner Stirnindex	68,1	68,8
Grosser „	79,7	83,4
Orbitalindex	89,8	83
Gaumenindex	68,3	75

Ueber die Bedeutung der Asymmetrieen und die Synostosen-Anomalieen des Schädels (Plagiocephalie, Platycephalie, Skaphocephalie u. s. w. geht D. leichthin mit der Bemerkung hinweg, dass solche Dinge sich auch bei ehrlichen Leuten finden, ohne anzugeben, wie oft er an seinem Material dieselben gefunden hat.

Von den zahlreichen Schädelanomalieen, die von der Lombroso'schen Schule bisher an Verbrechern gefunden worden sind, hat D. bei seinem Material nur einige wenige berücksichtigt. Auf Stirnnaht hat er 61 Schädel untersucht und sie bei 14% gefunden. Eine frühzeitige Nahtsynostose erwähnt er, meint aber, „je ne puis ici entrer dans cette intéressante question"; um hier etwas sagen zu können, müsste man erstens die normale Reihenfolge der Nahtsynostose kennen und zweitens Verbrecherschädel mit Schädeln normaler Personen gleichen Alters und gleicher Rasse vergleichen. Da Herr D. Anatomie-Professor in Lille ist und mehrere hundert Genter Verbrecherschädel, also Schädel gleicher Rasse wie seine Liller

Anatomie-Schädel, zur Disposition hatte, ist nicht recht einzusehen, warum er sich der Frage des Vorkommens der Nahtsynostose gegenüber so platonisch verhält. Ebenso zurückhaltend verhält er sich gegenüber dem Vorkommen von Worms'schen und Epactal-Knochen, dem Verhalten des Pterion und Asterion. Eine mittlere Hinterhauptsgrube hat er an den 301 Genter Schädeln 8mal gefunden. Lombroso und Romiti haben dieselbe bei 4—5% gefunden, Lombroso in einer neueren Untersuchung*) von 66 Schädeln in 16%. Wie D. zu der Behauptung kommt, L. hätte das Vorkommen dieser Anomalie bei Dieben mit 28%, bei Prostituirten mit 40% angegeben, ist mir unerfindlich, und doch knüpft D. an seine irrthümliche Behauptung die in Frankreich üblichen Spöttereien über Lombroso's anthropologische Methode.

Von allen anderen doch recht wichtigen und characteristischen Anomalieen sagt D., er könne sie zu seinem Bedauern hier nur kurz erwähnen, aber sie wären „tout aussi peu caractéristiques".

Auch dieser von einem Anatomen von Fach unternommene Versuch, Lombroso's Hypothese vom Verbrecher-Typus zu widerlegen, ist recht wenig gelungen. D. ergeht sich freilich in Versicherungen, dass wesentlich das milieu den Verbrecher mache: „Le crime est une résultante. C'est comme un microbe malfaisant auquel il faut un bouillon de culture. Le microbe, c'est l'individu, le bouillon, c'est le milieu social." Diese Bouillon-Theorie der Criminalität ist etwas dunkel. Wenn Debierre auszieht, um Lombroso zu vernichten, hätte er sich etwas besser ausrüsten können, als mit einigen Mittelwerthen über 66 Schädel, einigen Zahlen über Stirnnaht, einigen Phrasen über Nahtsynostosen und seinem Bedauern, auf die übrigen Anomalieen hier nicht eingehen zu können.

Umfassende Mittheilungen über die Craniologie weiblicher Delinquenten finden sich zusammen mit anthropometrischen und sonstigen anthropologischen Untersuchungen an einem grossen Material in einem neuen, vor kurzer Zeit erschienenen Buche Lombroso's, „Die Verbrecherin und die Prostituirte", zusammengestellt.(12) Die Anthropologie im engeren Sinne umfasst nur 110 Seiten, die Biologie und Psychologie fast 300, eine sehr bedeutende, geistvolle Einleitung 180 Seiten. Diese Einleitung scheint mir das interessanteste und merkwürdigste zu sein, was Lombroso bisher geschrieben hat. Dass er universell gebildet und ungeheuer belesen ist, dass er glänzende Intuition und die Gabe kühner Combination besitzt, bestreiten auch seine Gegner nicht; den Mangel kühler Quellenkritik, kritischer Sonderung, gründlicher Verarbeitung und systematischer Anordnung des Materials, litterarischer Formung und übersichtlicher Darstellung haben auch seine eifrigsten Verehrer stets beklagt. Seine Vorzüge scheinen mir aber nirgends so glänzend, seine Fehler so wenig störend, wie in dieser langen Einleitung, in der er eine zusammenfassende Darstellung der biologischen und psychologischen Charactere des Weibes und des Unterschieds zwischen beiden Geschlechtern versucht. Er greift dabei ziemlich weit in die Zoologie und die Thierpsychologie hinein und sucht das, was er beim Weibe findet, als ein durchgehendes Gesetz der sexuellen Differenzirung überhaupt nachzuweisen.

*) La Donna delinquente, p. 283. Turin 1893.

Einer der bedeutendsten neueren Psychologen, zugleich der energischste Vorkämpfer der Frauen-Emancipation, John Stuart Mill, hat den Mangel einer empirischen Psychologie des specifisch weiblichen, als Grundlage einer erfolgreichen Untersuchung über die dem Weibe anzuweisende sociale Stellung beklagt*). Es hat seitdem nicht an Anläufen dazu gefehlt, ein ausreichendes Wissen und eine genügende intellectuelle Potenz hat aber bis auf Lombroso kein Forscher für diese Aufgabe mitgebracht. Sein Schlussergebniss fällt nicht im Sinn der Frauenrechtler aus; er findet eine durchgehende Differenz zwischen beiden Geschlechtern und führt dieselben mit grossem Scharfsinn darauf zurück, dass beim Weibe die gesammte Organisation auf die Mutterschaft angelegt ist, dass jede andere Bethätigung ihr unmöglich oder nur bei einer abnormen, durch Degeneration bedingten Veranlagung möglich ist. Zwei auch für die Anthropologie der Verbrecherin wichtige Thatsachen bringt L. mit diesem Dominiren des Muttergeschäfts in Zusammenhang; die eine ist in dem Nachweis gegeben, dass bei höheren Thieren das Weibchen sehr viel weniger variabel ist als das Männchen, sehr viel seltener anatomische und functionelle Varietäten besitzt, wodurch die Weibchen einer Species weniger differencirt erscheinen, als die Männchen, und dass dies Gesetz auch für den Menschen gilt. Darnach sind Varietäten, wenn sie sich beim Weibe finden, von ernsterer Bedeutung, als beim Manne, und vereinzelte Degenerationszeichen fallen beim Weibe erheblich schwerer ins Gewicht. Die zweite wichtige Thatsache ist eine geringere Sensibilität und Schmerzempfindlichkeit beim Weibe. Beide, eine erhebliche Differenz beider Geschlechter illustrirende, Thatsachen sind bei Culturvölkern schärfer ausgeprägt, als bei Naturvölkern. Speciell für den weiblichen Schädel weist L. eingehend**) nach, dass er bei allen Rassen, besonders aber den civilisirten, dem kindlichen Schädel näher steht, als dem männlichen, ganz besonders, was die Frontalregion, die Winkel und das Gesichtsvolumen betrifft, und dass er stets eine geringere Variabilität besitzt, als der männliche.

Die Behauptung einer geringeren Variabilität der weiblichen Schädel stützt sich, ausser auf Angaben der oben citirten Autoren, auf neuere Untersuchungen von Terraz de Macedo, der an 500 Männer- und 500 Weiberschädeln, und von Marimó und Gambara, die an 466 weiblichen und 533 männlichen Schädeln eine Statistik der anatomischen Varietäten aufgestellt haben. Für andere Varietäten liegen noch umfassendere Statistiken vor, so über die der Ohrmuscheln, Notizen von Gradenigo über 25,000 Fälle.

Für das Verhalten der Sensibilität liegen exacte Untersuchungen vor, nach denen Berührungsempfindung und Geschmack beim Weibe erheblich stumpfer sind, als beim Manne; auch für die Schmerzempfindlichkeit hat L. mit seinem Farado-Algometer nachgewiesen, dass beim Weibe intensivere Reize als beim Manne dazu gehören, eine eben schmerzhaft werdende Empfindung hervorzurufen. Dabei hat sich noch die merkwürdige Thatsache, die an einem grossen Material ermittelt wurde, ergeben, dass die

*) The subjection of women, chap. I, p. 40 f

**) Z. Th. nach W. Krause, Benedikt, Weisbach, Ecker und Mantegazza.

Abstumpfung der Sensibilität gegen tactile und schmerzerregende Reize um so erheblicher ist, je mehr Degenerationszeichen vorhanden sind. Es ist das einer der wichtigsten experimentellen Beiträge zur Lehre von der Bedeutung der Degenerationszeichen, die wir besitzen. Lombroso bringt das Verhalten der Sensibilität in Beziehung zum Muttergeschäft, für dessen Ausübung darin ein Vortheil gegeben ist, und sieht darin ein teleologisch erscheinendes Product der Anpassung. Bezüglich des Gegensatzes seiner Feststellung zu der gewöhnlichen Meinung über diesen Gegenstand sagt er: „Es mag seltsam erscheinen, dass die Ansicht von der grösseren Sensibilität des Weibes überhaupt entstehen und sich so lange halten konnte, aber die Erklärung für diese Meinungsverschiedenheit bei den verschiedenen Autoren liegt darin, dass nur zu häufig Schmerzensäusserungen mit dem Schmerze selbst verwechselt worden sind. Die Frauen reagiren expansiver auf den Schmerz als die Männer, d. h. sie besitzen nach einem treffenden Ausdruck Sergis nicht grössere Sensibilität, sondern grössere Irritabilität.“ Auf die psychologischen Factoren, die bei geringerer Sensibilität das Weib doch empfindlicher erscheinen lassen, geht L. ausführlich ein.

Eine ausführliche Untersuchung widmet L. der Frage, woher beim Weibe das stärker entwickelte Mitleid stammt und wie sich die daneben häufig bestehende Neigung zur Grausamkeit erklären lässt. Beide Phänomene führt er auf die gleichzeitige Wirkung der geringeren Sensibilität und der Mutterschaft zurück; er sieht in dem Nebeneinander von Grausamkeit und leicht erregbarer Sympathie einen der Gegensätze, die keine vereinzelt dastehende Thatsachen vorstellen, vielmehr in der Sphäre des Gefühlslebens häufig sind, sich aber mit dem Fortschritt der Civilisation zu Gunsten der sympathischen Gefühle aufzulösen scheint. „Die Schwäche macht das Weib grausam, weil die Grausamkeit die einzige Angriffs- und Vertheidigungswaffe eines schwachen Wesens dem stärkeren gegenüber bildet. Hierzu kommt dann noch ihre geringere Sensibilität, grössere Impulsivität und geringere Hemmungsfähigkeit, die bedingt, dass sie ihre üblen Impulse weniger zu zügeln im Stande ist. Auf der anderen Seite macht die Schwäche sie mitleidig, denn sie zwingt sie, durch sanftes Wesen sich die Zuneigung der Stärkeren zu erwerben, und es sind zärtliche, sanfte Gefühle mit intensiver geistiger und musculärer Activität und energischer Bethätigung der Kräfte unvereinbar.“

Dem Muttergeschäft ist, wie Lombroso darzulegen sucht, auch das übrige gesammte Gefühlsleben des Weibes angepasst, vor allem die sexuellen Gefühle; „die Liebe ist nichts als ein secundärer Character der Mutterschaft und all' die Gefühle der Zuneigung, welche die Frau an den Mann fesseln, entstehen nicht aus sexuellen Impulsen, sondern aus den durch Anpassung erworbenen Instincten der Unterwerfung und Hingabe.“ Die Liebe des Weibes ist nach dieser Anschauung durchaus auf „Masochismus“ aufgebaut erotische Frigidität ist die Regel beim normalen Weibe und heftige Erotik, schon eine atypische Erscheinung, eine Annäherung an den männlichen Typus.

In der Schilderung der sittlichen Gefühle des Weibes kommt L. ferner zu dem Resultat, dass die Verlogenheit zur Gewohnheit, zu einer physiologischen Eigenthümlichkeit des Weibes geworden ist, was durch den Einfluss der Schwäche des Weibes, des lebhafteren Schamgefühls, der sexuellen Zuchtwahl — die vieles zu verbergen zwingt — der hohen

Suggestibilität des Weibes erklärt wird. Dem entspricht nun auch eine sehr geringe Entwicklung des Gefühls für Gerechtigkeit, eine Auffassung, in der L. durchaus mit Schopenhauer übereinstimmt. Zornmüthigkeit, Geiz und Habsucht werden ferner als fundamentelle Characterzüge geschildert, dagegen die Abwesenheit eigentlicher Laster betont. Geringes Ehrgefühl, Neid und Rachsucht werden ferner als physiologische Eigenschaften des Weibes geschildert und u. a. durch Hinweis auf den Hang der Frauen, anonyme Briefe zu schreiben, erläutert. L. spricht den Frauen desshalb auch alles Talent zur Freundschaft ab und sagt zusammenfassend, „dass das Weib ebenso wie das Kind in Bezug auf den Sinn für Moral inferior ist. Man kann nicht sagen, dass das Weib in dem Maasse wie das Kind dauernd Züge von moralischer Idiotie zeigt, denn sie unterscheidet sich von ihm durch Mutterliebe und Mitleid . . . . Im Grunde aber bleibt das Weib immer morallos, und zwar oft gerade in Folge ihres Mitgefühls . . . Sie besitzt viele Characterzüge, durch die sie sich dem Wilden, dem Kinde und auch dem Verbrecher nähert, und daneben diametral entgegengesetzte, welche jene neutralisiren, die sie aber gleichzeitig verhindern, in ihrer Lebensführung in demselben Maasse wie der Mann sich jenem Gleichgewichte zwischen Rechten und Pflichten, Egoismus und Altruismus zu nähern, das das Endziel der moralischen Entwicklung bildet."

Bezüglich der Intelligenz schildert L. das Weib als weniger differenzirt, ärmer an individueller Begabung, das ganze Geschlecht ohne die Fülle origineller Talente, wie sie sich überall unter Männern finden, als eine mehr homogene Masse von monotonerer Einförmigkeit, ohne individuelle Neigungen und Fähigkeiten in geistiger Beziehung. Blinde Abneigung gegen das Neue und damit gegen jeden Fortschritt, grosse Assimilations- und Anschmiegungs-Fähigkeit, automatische Intuitionsgabe, sehr schwache logische Gefühle, Abhängigkeit jeden Urtheils von persönlichen Momenten, Mangel der Fähigkeit zur Analyse und Deduction, zur Abstraction und Consequenz, grosse Receptivität bei geringer Aufmerksamkeit sind die näheren fundamentalen Eigenschaften. „Ohne Zweifel ist auch die Unthätigkeit des Intellects, zu der das Weib vom Manne gezwungen worden ist, eine der Ursachen für ihre gering entwickelte Intelligenz; man würde indessen irren, wollte man das eine künstlich geschaffene Ursache nennen, während es doch nur ein Moment in dem allgemeinen Phänomen der grösseren Theilnahme des Mannes am Kampfe ums Dasein bildet . . . Dass es nicht die Arbeit an sich ist, was die höhere Intelligenz des Mannes entwickelt hat, sondern die Nothwendigkeit, seine Rivalen an Activität zu übertreffen, wird durch die Thatsache bewiesen, dass bei vielen Wilden die wirklich schweren Arbeiten von den Frauen verrichtet werden, während die Männer der Jagd und dem Kriege obliegen, und dass trotzdem die Weiber bei ihnen weniger intelligent sind."

Der zweite Theil des Werks bringt eine sehr ausführliche Darstellung der Geschichte und Ethnologie der Prostitution. An der Hand der modernen Theorieen vom Ursprung der Familie, vom Matriarchat und Polyandrie und der merkwürdigen Erscheinung der rituellen Prostitution wird der Nachweis versucht, dass in den Anfangsstadien aller Kulturentwicklung und in langen praehistorischen Zeiträumen allgemeine Promiscuität der Geschlechter

bestanden hat, dass die Zustände geschlechtlichen Lebens allgemein und die einzigen waren, welche heute noch die Prostitution uns repräsentirt, und dass somit Prostitution und Prostituirte Rückschlagsformationen, atavistische Phänomene sind.

Es kann nicht geleugnet werden, dass die höchst eingehende Schilderung des Seelenlebens der Prostituirten, die L. im IV. Theile auf fast 100 Seiten giebt, einer Erklärung im Sinne der Atavismus-Hypothese erheblich Vorschub leistet. Noch überzeugender für diese Auffassung der Prostitution ist ein weiterer von Lombroso erbrachter Beweis, freilich nur für den, der mit ihm die „typischen Anomalieen" der Verbrecher für Rückschlagsbildungen hält. Es ist das die Thatsache, dass der Verbrechertypus bei den Prostituirten noch häufiger und selbst in deutlicherer Ausprägung zu finden ist, als bei schweren männlichen Delinquenten. Die Prostituirte ist somit für Lombroso die eigentliche Repräsentantin der Criminalität, das Gegenstück des männlichen schweren Verbrechers, mit dem sie fast immer in engster Gemeinschaft lebt, sie ist ihm die eigentliche Wiederbelebung praehistorischer Weiblichkeit.

Die weibliche Verbrecherwelt im engeren Sinne rechnet L. nur zum kleinsten Theil zu den Verbrechernaturen; „eine kleine Gruppe, belastet mit schweren Degenerationszeichen, die fast zahlreicher sind als bei männlichen Verbrechernaturen, hebt sich von der grossen Majorität der Verbrecherinnen, die wenige und undeutliche Zeichen der Entartung erkennen lassen, scharf ab; ebenso steht eine kleine Gruppe, die eine intensivere und perversere moralische Anomalie erkennen lässt, als männliche Verbrechernaturen, der grossen Masse weiblicher Verbrecherinnen gegenüber, welche meist eine fremde Suggestion oder sehr starke Versuchungen zum Verbrechen verlockt haben, und die oft ein unversehrtes oder doch nicht ganz vernichtetes moralisches Gefühl besitzen." Mit anderen Worten, weibliche Verbrecher, deren Zahl überdies bei allen Culturvölkern nur 10—20% von der Zahl der männlichen Verbrecher beträgt, sind zumeist Leidenschafts- und Gelegenheitsdelinquenten; echte Verbrechernaturen weiblichen Geschlechts sind entweder zugleich Prostituirte oder haben, wenn ihre sociale Stellung sie davor schützt, Prostituirte von Profession zu werden, eine grosse anthropologische und psychologische Aehnlichkeit mit Prostituirten.

L. sucht an der Hand eines grossen casuistischen und statistischen Materials es zu erhärten, dass weibliche Delinquenten zumeist im Affect (Leidenschaftsverbrecherinnen) oder unter dem Druck ungünstiger äusserer Verhältnisse (Gelegenheitsverbrecherinnen) mit dem Strafgesetz in Conflict kommen, dass ihre Delicte zumeist aus einem normalen weiblichen Seelenleben zu erklären sind, keinerlei emotionelle oder sittliche Abnormität zur Voraussetzung haben; in ihrer Lebensführung und ihren Delicten treten die characteristischen Züge der weiblichen Natur hervor, vor allem fehlt der Majorität derselben nie oder doch nie ganz das Muttergefühl und fast nie ist ein gesteigerter Geschlechtstrieb nachweisbar. Dagegen wird an einem grossen, psychologisch sehr sorgfältig analysirten Material der Nachweis versucht, dass der absolute Mangel des Muttergefühls die Prostituirten und weiblichen Verbrechernaturen („rea nata") characterisirt, dass bei den grossen Verbrecherinnen fast immer ein gesteigerter

Geschlechtstrieb hervortritt und in der Laufbahn des Verbrechens wesentlich mitwirkt, während die Prostituirte sich zumeist durch absolute sexuelle Frigidität und von Kindheit an auftretende Schamlosigkeit auszeichnet.

Im übrigen zeigt die reiche Casuistik des Werks dieselben psychologischen Charactere bei der Verbrecherin, wie sie Lombroso in seinem Werke über den Verbrecher geschildert hat, und die Prostituirte erscheint nur als Varietät des weiblichen Verbrechertypus; die eigenthümliche Rolle, die in der Psychologie der Verbrecherin ihr Geschlechtsleben und ihr Verhalten als Mutter spielt, giebt aber doch dem ganzen Bilde Züge, die es rechtfertigen, neben der Schilderung des Verbrechers eine eingehende Darstellung der Verbrecherin zu geben.

Von dieser Anschauung aus, dass unter weiblichen Delinquenten die Zahl der Verbrechernaturen selten, die der Zufalls-Verbrecherinnen sehr gross ist, begreift es sich, dass eine in Frauengefängnissen vorgenommene anthropologische Untersuchung die verschiedenen, bei Verbrechern gefundenen Anomalieen in geringer Frequenz nachweist, dass synostotische Schädelformen, Varietäten der Ohrmuschel, der Zahnstellung, des Haarwuchses nicht mit 40—60% sich finden, wie in Männergefängnissen, sondern in 10—30%, während bei Prostituirten die characteristischen Merkmale noch zahlreicher sind, als bei männlichen Verbrechernaturen. Die psychologische Analyse der für die weibliche Criminalität vorliegenden Casuistik und die anthropologische Untersuchung von Verbrecherinnen stimmen somit völlig zusammen, und das ist um so bemerkenswerther, als das von Lombroso benutzte Material in den Jahren 1885—1888 von Mingazzini, Varaglia, Silva, Tarnowskaja, Scarenzio und Ardu zusammengetragen ist, während Lombroso der Psychologie der Verbrecherin erst seit 1890 in vereinzelten, seinem Archiv und anderen Journalen einverleibten Aufsätzen seine Aufmerksamkeit zugewandt hat.

Der speciell anthropologische Theil des Buchs, in dem die Craniologie einen breiten Raum einnimmt, stützt sich auf die Untersuchung von 150 Schädeln von Verbrecherinnen, 46 von Prostituirten, ferner auf die Beobachtung von 964 lebenden Verbrecherinnen und 349 lebenden Prostituirten. Ein näheres Eingehen auf die Einzelheiten der anthropologischen und craniologischen Thatsachen würde die uns hier gezogenen Grenzen überschreiten. Man möchte den neun Kapiteln, die diese Thatsachen behandeln, eine gründlichere Durcharbeitung und systematischere Anordnung des Materials, eine präcisere Terminologie und eine schärfere Formulirung der Ergebnisse wünschen; es tritt in ihnen allzusehr die Zusammensetzung aus einzelnen, lose aneinander gereihten und oberflächlich überarbeiteten Journalartikeln hervor; sehr gewonnen hätte der didactische Werth der Kapitel, wenn L. sich entschlossen hätte, seiner Darstellung eine Classificirung der verschiedenen „Merkmale“ oder „Charactere“ der Verbrecher zu Grunde zu legen, anstatt sie abwechselnd als Degenerationszeichen, Anomalieen, pathologische Merkmale, Varietäten u. s. w. zu bezeichnen. Immerhin wird sich ein aufmerksamer Leser, zumal wenn er andere Arbeiten L.'s kennt, ein Bild von dem thatsächlichen Verhalten machen können und eine erfreuliche Erweiterung und Vertiefung unserer Kenntniss der criminellen Anthropologie vorfinden.

Bibliographie.

1. Varaglia e Silva: Note anatomiche ed antropologiche in 60 cranii e 46 encefali di donne criminali italiane. Lombroso's Archiv VI, 1885. — 2. Mingazzini: Sopra 30 cranii ed encefali di delinquenti italiani. Rivista sperimentale di Freniatria 1888, Bd. XV. — 3. Gurrieri: Sensibilità ed anomalie fisiche e psichiche nella donna normale e nella prostituta. Lombroso's Archiv XIII, p. 328. — 4. Fornasari di Verce: Ricerche antropometriche in 60 prostitute e 20 normali. Lombroso's Archiv XIII, p. 481. — 5. Sergi: Sensibilità femminile. Lombroso's Archiv XIII, p. 1. — 6. Roncoroni: Anomalie riscontrate in 50 uomini e 50 donne. — Esame dell'odorato, del gusto et dell udito. Lombroso's Archiv XIII, p. 106, p. 108. — 7. Gallia: Anomalie di 100 donne. Lombroso's Archiv XIII, 251. — 8. De Rocchi: ibidem, p. 15. — 9. Näcke: Verbrechen und Wahnsinn beim Weibe. — Die anthropologisch-biologischen Beziehungen zum Verbrechen und Wahnsinn beim Weibe. Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie, Bd. 49, g. 396, p. 54 . — 10. Näcke: Untersuchung von 16 Frauenschädeln darunter solchen von 12 Verbrecherinnen. Archiv f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten XXV. p. 227. — 11. Debierre: La craniologie et le crime. Archivs d'Anthropologie criminelle VIII, p. 113, 15. mars 1893. — 12. C Lombroso e G. Ferrero: La Donna delinquente, la prostituta e la donna normale. — Turin. Roux, 1893, 640 S. 8°, 8 Tafeln.

---

515) **Franz Tuczek**: Klinische und anatomische Studien über die Pellagra. (Berlin, H. Kornfeld 1893. 113 S. mit 1 Karte und 9 Tafeln. 6 M.

Die ausgezeichneten früheren Forschungen des Verfassers über die durch Mutterkornvergiftung hervorgerufenen Krankheiten haben ihn angeregt, auch der Erforschung der durch den verdorbenen Mais hervorgerufenen Störungen, der Pellagra näher zu treten. Eine Studienreise in Oberitalien bot ihm Gelegenheit, eine grosse Anzahl von Fällen dieser Krankheit näher zu untersuchen und einige Sectionen vorzunehmen. Er entwirft in einem Buche zunächst ein recht anschauliches Bild der sehr verschiedengestaltigen Krankheit und giebt dann einen kurzen Auszug der Krankengeschichten der verschiedenen Fälle, die er in der Lombardei, Venetien etc. gesehen hat, welche natürlich den allerverschiedensten Stadien der Erkrankung entsprachen. Wohl der wichtigste Theil der Abhandlung befasst sich dann mit der genauen Beschreibung von 8 Sectionsbefunden. Er fand, dass die Grosshirnrinde in allen Fällen normale Verhältnisse zeigte. Ebensowenig wurden im Hirnstamme erhebliche pathologische Veränderungen angetroffen. Immer war das Rückenmark Sitz einer ausgebreiteten Sclerose. In allen 8 Fällen war der Hinterstrang Sitz einer beiderseits symmetrischen Erkrankung. Die Grenzen der verschiedenen Degenerationsbezirke in den Hintersträngen zeigten eine deutliche Uebereinstimmung mit den Flechsig. schen fötalen Marklinien. In 6 von den untersuchten 8 Fällen bestand neben der Hinterstrangerkrankung eine Degeneration der Pyramidenseitenstrangbahnen. Um die Frage zu beantworten, ob wir es in seinen Befunden mit einer „combinirten Systemerkrankung" zu thun haben, giebt Verf. zunächst eine kurze Uebersicht über die Entwicklung der Lehre von den

Systemerkrankungen des Rückenmarks, die ja bis in die letzte Zeit vielfach Gegenstand der Controverse war. Er kommt zu dem Schlusse, dass seine Befunde zu den combinirten Systemerkrankungen zu rechnen sind.

Die Untersuchungen des Verf. liefern einen werthvollen Beitrag zu der Lehre von den toxischen Erkrankungen des Nervensystems (mit Einschluss der Psychosen), die ja seit längerer Zeit im Vordergrunde des wissenschaftlichen Interesses stehen. Leider bleiben auch hier nothgedrungen eine ganze Reihe von Fragen ungelöst, z. B. wie die Giftwirkung zu Stande kommt, warum einzelne Systeme bevorzugt werden, welche organische Veränderungen den psychischen Symptomen zu Grunde liegen etc., Fragen, die wohl erst von kommenden Generationen werden gelöst werden.

Die Ausstattung des allen zur Lectüre zu empfehlenden Werkes ist eine gute. Strauscheid.

---

516) **v. Krafft-Ebing:** Eine experimentelle Studie auf dem Gebiete des Hypnotismus. Nebst Bemerkungen über Suggestion und Suggestionstherapie. Dritte Auflage.

(Stuttgart. F. Enke. 1893. 108 S. 8°. Preis 2,40 M.)

Derselbe: Hypnotische Experimente.

(Ebenda 1893. 38 S. 8°.)

Die beiden vorliegenden Arbeiten behandeln dieselbe Erscheinung an zwei verschiedenen Individuen, nämlich die Versetzung einer Person reiferen Alters in frühere Lebensperioden auf hypnotisch-suggestivem Wege.

Die erste Abhandlung, 1888 erschienen und damals von mir im Centralblatt besprochen (p. 519) ist vielfachem Widerspruch begegnet; dieser Widerspruch ist begreiflich, da die darin beschriebene Kranke schwer hysterisch war, schon verschiedene angenommene Rollen, darunter die eines männlichen Beamten lange Zeit mit vollem Erfolge gespielt hatte, criminell veranlagt war, an erworbener conträrer Sexualempfindung litt u. a. m.

Die Thatsachen der zweiten Abhandlung stammen von einer nach Intellect, Constitution und Moral einwandsfreien Dame. Das wesentliche in beiden Fällen ist die Reproduction einer anderen Persönlichkeit, die „Rückverwandlung“ in ein Kind, ein kleines Mädchen, einen Backfisch, der Anschein einer Dissociirung und Isolirung schichtweis deponirter früherer Ichs, die sich wiedererwecken lassen, ohne dass die eine Schicht Elemente einer jüngeren oder älteren Schicht mitreproducirt.

Das anscheinend wunderbare dieser Erscheinungen, die zu der kühnen Hoffnung berechtigen würden, in der Hypnose das Werkzeug zur Schaffung einer Art Geologie der Psyche zu haben, hat mehrfachen Widerspruch hervorgerufen. Psychiatrische Leser braucht man kaum daran zu erinnern, dass die „photographische Gleichheit“ gewisser recurrirender Anfälle bei Epileptikern und Periodikern Analogieen mit v. K.'s Beobachtungen gewähren. Schliesslich wird es von der subjectiven Disposition abhängen, wieviel der Leser den beiden Damen glauben will. Ignorirt dürfen die merkwürdigen Documente sicher nicht werden.

Der ersten Abhandlung folgen einige Bemerkungen über Suggestion, die eine kurze, klare, von Uebertreibungen und Illusionen durchaus freie Darstellung des heutigen Standes der Hypnologie geben. Kurella.

---

517) **Hans Schmidkunz**: Der Hypnotismus in gemeinfasslicher Darstellung. (Stuttgart. A. Zimmer. 1892. 266 S. 8°. Preis 3 M.)

Dies einem in der Dedication als verkanntes Genie characterisirten Componisten gewidmete kleine Buch trägt den Stempel des Genialitätsbewusstseins, das sich stürmisch, burschikos und drangvoll äussert. Die Anerkennung, die man dem Buche zollen kann, wird den Ansprüchen des Autors nicht ganz entsprechen; sie muss, soweit die Form und die Verwirklichung der popularisirenden Tendenz in Frage kommt, verdientermassen gespendet werden; was den Inhalt betrifft, so habe ich darin nichts finden können, was nicht schon in der „Psychologie der Suggestion" desselben Autors stände. Ich verweise auf meine Besprechung derselben im vorigen Bande des Centralblatts. Neu ist in dem vorliegenden Buche nur der Anlauf zur „Ehrenrettung aller am Hexenglauben Betheiligten", dem eine Characteristik Wundt's als „Thatsachenfälschers" würdig zur Seite steht.

Wie in dem Buche manches verkehrt ist, so findet sich auch seine Vorrede unter den hinten angehängten Anmerkungen. Diese a posteriori erscheinende Vorrede enthält auch eine brauchbare Bibliographie, die freilich dem einen zu viel, dem andern zu wenig geben wird; es war überflüssig, darin die Gurney'schen Spukgeschichten zu citiren; wenn die aber von S. citirt werden, warum nennt er nicht Madame de Blavazka und ihre Mahatmas? Diese Himalaya Gespenster sind doch den ärmlichen „Phantasms of the Living" bedeutend über. Kurella.

---

518) **Th. Ziehen**: Leitfaden der physiologischen Psychologie in 15 Vorlesungen.

(Jena. Gustav Fischer. 1893. 220 q. 8°. Preis 4.50 M.)

Ziehen's Leitfaden liegt in zweiter erweiterter Auflage vor; der wesentlichste Zusatz ist ein Kapitel über den Gefühlston der Vorstellungen und die Affecte. Merkwürdigerweise war in der ersten Auflage des Buches, das in erster Linie zunächst für den Psychiater bestimmt war, vom Gefühlsleben und den Affecten keine Rede, nur der Gefühlston der Empfindungen fand eine kurze Behandlung. Bedingt war diese Ignorirung des Gefühls durch den Standpunkt Ziehen's, dass das Gefühl nur als ein qualitatives Merkmal der Empfindung gilt. Z. sagt an einer Stelle, „es läge für die physiologische Psychologie keine Veranlassung vor, ausser der Reihe der Empfindungen und Vorstellungen noch ein anderes psychisches Etwas zu unterscheiden." Er nimmt im Widerspruch hierzu jedoch ausser den elementaren Empfindungen und den daraus sich aufbauenden Vorstellungen ein „anderes psychisches an, nämlich den Gefühlston der Empfindungen, auf den er das gesammte Gefühls-, Gemüths- und Affectleben zurückführt. Consequent wäre es gewesen, wenn Z. auch die Gefühle auf elementare Empfindungen zurückführte, anstatt auf eine mystische Qualität der Empfindungen.

Im übrigen wäre gerade für psychiatrische Leser, die sich bald daran gewöhnen werden, Aufschluss über psychologische Probleme bei Ziehen zu suchen, eine noch ausführlichere Behandlung des Gefühls zu wünschen, besonders eine Darstellung der Beziehungen zwischen Vorstellungsablauf und Affect.

Bei der dominirenden Rolle, welche die Associationslehre in Z.'s Darstellung spielt, wäre eine noch ausführlichere Ableitung und Darstellung der Associationsgesetze erwünscht, besonders auch ein näheres Eingehen auf die Bedeutung associativer Vorgänge für das Wiedererkennen und ein Eingehen auf die einschlägige Discussion zwischen Höffding und Lehmann. Bezüglich der Theorie des Wiedererkennens ist es bemerkenswerth, dass Z auch in der neuen Auflage daran festhält, dass Empfindung und Vorstellung an verschiedene Elemente der Hirnrinde geknüpft sind, jedoch mit dem Vorbehalt, die physiologische Psychologie könne ebenso gut mit der entgegengesetzten Anschauung sich abfinden. Eine solche Indifferenz gegenüber diesem Problem wäre bei einem „autonome Psychologie" treibenden Autor tolerabel; eine als physiologische Psychologie auftretende Darstellung des Seelenlebens aber sollte dasselbe eingehend discutiren, denn es ist das fundamentale Problem einer specifisch physiologischen Psychologie. Bei Z.'s umfassender Litteraturkenntniss ist nicht anzunehmen, dass ihm die hierher gehörige Arbeit Wundt's in Bd. 6 der Philosoph. Studien unbekannt geblieben ist; um so auffallender ist die unkritische Laxheit seines Standpunktes in dieser Frage.

Wundt's psychologischer Standpunkt fährt überhaupt nicht gut bei Z. Die Apperceptionslehre wird von ihm entschieden karrikirt. Es wäre verdienstvoll, wenn er in einer neuen Auflage weniger wegwerfend von derselben reden und statt dessen die psychischen Functionen schildern wollte, die Wundt durch apperceptive Vorgänge erklärt, wenn er zugleich die psychologischen Momente klar legen wollte, die Wundt zur Aufstellung seiner Apperceptionstheorie geführt haben. Damit wäre dem Leser, der zum Studium der von Z. citirten Special-Abhandlungen schreitet, die Orientirung in den Veröffentlichungen der Wundt'schen Schule erleichtert.

Kurella.

III. Referate und Kritiken.

519) Des auto-intoxications dans les maladies mentales. Vorträge, gehalten auf dem congrès des médecins aliénistes de France et des Pays de langue française, tenu à La Rochelle du 1. août 1893.

(Le Bulletin médic. 1893, Nr. 63.)

Die Frage nach den Beziehungen zwischen Geistesstörung und Autointoxication hat seit einigen Jahren die Aufmerksamkeit der Psychiater auf sich gelenkt, wie eine Reihe von Beobachtungen und Thierexperimenten beweisen, die einen solchen Zusammenhang sehr wahrscheinlich machen. Aus diesem Grunde wurde dieses Thema auf die Tagesordnung des oben genannten Psychiatercongresses gesetzt.

Regis (Bordeaux) und Chevalier-Lavaure (Aix) präcisiren den augenblicklichen Standpunkt der Wissenschaft in dieser Angelegenheit. Sie erinnern an die Beobachtungen, dass die Giftigkeit des Urins bei maniakalischen Zuständen sich deutlich herabgesetzt, bei melancholischen Zuständen hingegen vermehrt finde, sowie dass der Urin Maniakalischer, den Thieren

eingespritzt, bei diesen Aufregung und Neigung zu Convulsionen, der Melancholischer aber Traurigkeit, Unruhe, Stupor erzeuge. Aus diesen Versuchen sei man wohl zu dem Schlusse berechtigt, dass die Autointoxication die Ursache und nicht der Effect der genannten Zustände sein müsse. Diese Annahme finde ihre Bestätigung in den Geisteskrankheiten, die sich im Gefolge von Infectionskrankheiten, visceralen Krankheiten und diathetischen Zuständen einzustellen pflegen.

a) Was die Psychosen bei Infectionskrankheiten (Typhus, Eruptionskrankheiten, Influenza, Erysipel, Cholera, Puerperalfieber, Polyneuritis, postoperatives Fieber) betrifft, so haben die Beobachtungen ergeben: In pathologischer Beziehung, dass sie die Folgen einer entweder directen Thätigkeit der Microben oder einer indirecten, d. h. einer solchen der durch dieselben erzeugten Toxine sind, in klinischer Beziehung, dass sie sich zu zwei verschiedenen Zeitpunkten und dementsprechend in zwei Formen äussern, denen das Gemeinsame intellectuelle Schwäche und geistige Verwirrtheit, beides ohne Zweifel eine toxische Imprägnirung der Gehirnzellen, sind: während des febrilen Stadiums zeigen sich diese Geistesstörungen für gewöhnlich unter der Form eines mehr oder minder acuten Deliriums, zu dem sich manchmal noch die Anzeichen einer Meningitis hinzugesellen (acutes, febriles Delirium, meningitisches Delirium, acute hallucinatorische Verwirrtheit); während des postfebrilen Stadiums, also in der Reconvalescenz, stellen sie sich als sogen. asthenische Psychosen dar, als ein Geisteszustand variabler Natur, der sich gewöhnlich aus intellectueller Verwirrtheit, Stupidität, Pseudodemenz zusammensetzt. Man kann auch noch eine dritte Form der Intoxicationspsychosen zulassen, die zwischen den beiden ersten Formen in der Mitte steht und sich durch die geistigen und somatischen Erscheinungen der allgemeinen Paralyse characterisirt. Die Vortragenden knüpfen hieran die Frage, ob nicht die meisten der allgemeinen Paralysen, abgesehen von der immer nothwendigen nervösen Disposition, die mehr oder minder weit zurückliegende Folge einer Infectionskrankheit sein könnten.

b) Die visceralen Psychosen sind im Grunde genommen die eigentlichen Geistesstörungen in Folge von Autointoxication. So steht im Besondern für die Psychosen nach Leberleiden und Bright'scher Krankheit fest, dass sie das Resultat einer Selbstvergiftung des Organismus darstellen. In klinischer Hinsicht bieten die visceralen Psychosen ein nicht so eigenartiges Krankheitsbild wie die infectiösen. Soviel lasse sich jedoch immerhin sagen, dass in denjenigen Fällen, wo die Intoxication eine acute ist, die Geistesstörung sich gewöhnlich als ein acut-toxisches Delirium, gleich dem des Alcoholismus, in den subacut und chronisch verlaufenden Fällen dagegen sich als melancholischer Zustand äussert, dass jedoch auch manchmal mehr oder minder paralytische Demenz zur Beobachtung kommt.

c) Auch für die diathetischen Psychosen ist bemerkenswerth, dass sie im acuten Stadium der Krankheit sich unter dem Typus des acut-toxischen Deliriums und in den Intervallen häufig entweder unter der Form der allgemeinen Paralyse oder einer periodischen Geistesstörung, jedoch von fast immer melancholischem Character manifestiren. Solche Anfälle scheinen den Schwankungen in der Zusammensetzung der Säfte des Organismus, ins-

besondere der Secretion von Harnsäure und auch den Veränderungen in der Giftigkeit des Harns zu entsprechen.

In therapeutischer Hinsicht ist von Wichtigkeit zu wissen, dass eine antiinfectieuse, antiseptische, allgemeine sowohl als locale Behandlung, oft ausgezeichnete Resultate zu verzeichnen hat. Schon dieser Umstand spricht zu Gunsten eines toxischen Ursprunges der angeführten Psychosen. Feste Grundsätze über solche Therapie lassen sich zur Zeit noch nicht aufstellen.

Im Anschlusse an diese Ausführungen berichtet Gilbert Ballet über seine im Verein mit Bordas und Roubinovitch an Kaninchen angestellten Versuche über die Toxicität des Urins Geisteskranker, jedoch warnt er davor, aus diesen Versuchen, die noch kein einheitliches klares Bild gestatten, voreilige Schlüsse zu ziehen. Weiter bespricht er die Resultate, welche die chemische Analyse des Harns Geisteskranker hinsichtlich der darin enthaltenen Bestandtheile, im besonderen der Ptomaine ergeben hat. Er constatirte in 4 Fällen (Degeneration mit maniakalischen Exaltationen, einfache Melancholie, Degeneration mit mystischem Delirium, puerperale Verwirrtheit) das Fehlen von Ptomainen, in 6 anderen hingegen (zwei Manien, eine Degeneration mit melancholischem Delir, eine Verwirrtheit und zwei einfache Melancholien) ihre Anwesenheit in beträchtlicher Menge. Bei zweien derselben (einfache Melancholie, Verwirrtheit) waren die Ptomanie jedoch nur giftig und in einem (Degeneration mit melancholischem Delir) ergab die Analyse zwar negative Resultate, trotzdem erwies sich der Urin stark toxisch. Diese Befunde beweisen, dass nicht bloss die Alcaloide dem Urin seine Giftigkeit verleihen.

A. Voipu macht Mittheilung von 4 Beobachtungen, die zu Gunsten der Theorie von der Autointoxication sprechen. In drei Fällen (ein meniakalisches Delirium, zwei hypochondrische Melancholien) lag Albuminurie, im vierten (hypochondrische Melancholie mit Suicidgedanken) eine tiefe Ernährungs- und Assimilationsstörung zu Grunde; im letzten Falle wurde die Krankheit durch Laxantia, Antiseptica und pointes de feu auf der Lebergegend beseitigt. — Hingegen stellt V. in Abrede, dass das Delirium nach Operationen zur Ursache eine Autointoxication habe; eher glaube er, dass demselben ein nervöser Choc zu Grunde liege.

Jules Voisin bespricht seine zahlreichen Versuche über die Giftigkeit des Urins Epileptischer, die ihn zu dem bemerkenswerthen Resultat geführt haben, dass demselben eine Hypotoxicität vor und während der Anfälle, besonders bei schwachsinnigen Weibern, zukomme.

Auch Séglas berichtet über 14 persönliche Beobachtungen, in denen in ätiologischer Beziehung für den Ausbruch der Psychose, abgesehen von einer hereditären Disposition, wohl eine Autointoxication (Puerperalfieber, Influenza, Erysipel, Angina, Typhus, choleraartige Diarrhöen etc.) verantwortlich zu machen ist. In allen diesen Fällen constatirte er stets dasselbe psychische Krankheitsbild, das nur in der Intensität der Erscheinungen Abwechslung darbot. Hallucinatorische Verwirrtheit in Verbindung mit einfachem Torpor bis zum vollständigen Stupor. — Mit dem Urin zweier dieser Kranken hat er auch Thierexperimente angestellt. Trotzdem diese beiden Kranken eine identische Krankheitsform darboten, ergaben chemische Analyse

und Versuche über die Giftigkeit des Urins von einander abweichende Resultate.

Legrain macht über zwei einschlägige Fälle Mittheilung. In dem einen handelte es sich um eine gastro-intestinale Störung, in dem zweiten um einen dyscrasischen Zustand (Polyurie, Hypoazoturie); in beiden spielte die Autointoxication bei der Entstehung der Geistesstörungen (melancholisches Delir und Hallucinationen und hallucinatorisches Delir) offenbar eine Hauptrolle.

Mabille lenkt die Aufmerksamkeit auf das häufige Auftreten von psychischen Veränderungen melancholischen Characters (besonders am Morgen) bei Arthritikern, deren Urin viel Harnsäure und Albumen aufweise.

Auch Cullerre spricht sich auf Grund einiger Beobachtungen dahin aus, dass durch Bright'sche Krankheit bedingte Psychosen sich nicht selten in Irrenanstalten vorfinden und hauptsächlich melancholischen Characters wären.

Colin verliest eine Arbeit, aus der sich das Resumé ergiebt, dass wohl Psychosen durch Autointoxication vorkommen, — es sind die anfallsweise (à crises) auftretenden —, dass es aber auch genug hereditär belastete Individuen gäbe, die ohne die geringste Intoxication in melancholische und maniakalische Anfälle verfielen.

Zum Schluss fasst Regis die Resultate, die sich aus der Discussion ergeben haben, unter folgende Gesichtspunkte zusammen:

1. Die Thierversuche mit dem Urin Geisteskranker und die chemische Analyse haben bisher nur unvollständige Resultate zu Tage gefördert; sie bedürfen dringend der Fortsetzung und Vervollkommnung.
2. Die Psychosen durch Autointoxication zeigen sich klinisch unter zwei verschiedenen Formen: als acutes Delirium und als wirkliche Verwirrtheit; sie können auch den Anschein einer progressiven Paralyse annehmen.
3. Die innerliche antiseptische Behandlung ist im Falle von Autointoxication von Nutzen. Buschan.

---

520) Dr. **Heinrich Hochhaus**: Ueber Balkenmangel im menschlichen Gehirn.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. IV, 1. u. 2. Heft, 1893.)

Verf. berichtet über einen Fall von fast totalem Balkenmangel bei einem $3^1/_2$jährigen Kinde. Schon als das Kind 2 Jahre alt war, wurde es durch den Arzt wegen vermuthetem Hydrocephalus zur Punction in's Krankenhaus geschickt. Die geistige Entwicklung fehlte fast ganz. Schädelmaasse: Umfang 48 cm, Sagittaldurchmesser $36^1/_2$, mittlerer Frontalbogen (über den meat. audit.) $33^1/_3$ cm. — Pupillen eng, Rhachitis. Unterhalb des 3. Lendenwirbels wurden durch Punction 25 ccm Flüssigkeit entnommen, Besserung blieb aus. Nach einem Jahre starb das Kind an einer schweren Verbrennung. Die Section ergab angeborenen Balkenmangel und Hypertrophie des Hirns u. a. Die Schädelknochen waren derb, die grosse Fontanelle maass $4 \times 1{,}5$ cm. Man sah von oben durch den weit offenen 3. Ventrikel bis in das Infundibulum. Kleinhirn normal. Das Hirn wog 1350 (!) Gramm bei grösster Länge von 14 cm, Höhe von 11 cm, Breite von 12 cm, war also hoch und breit. Die Windungen waren zahlreich,

nicht abgeplattet, der Windungstypus am Scheitel- und Hinterhauptslappen etwas complicirt. Die mediane Fläche bot statt des ganzen Balkens nur eine membranöse Verbindung an der Stelle des Balkenkniees, winklig gebogen, unten in die Terminalplatte verlaufend, nach hinten bis in die Gegend des Thalamus opticus ziehend. Dieser Winkel, durch eine Quermembran zum V. Ventrikel werdend, umschliesst einen Hohlraum von $1{,}2 \times 0{,}6 \times 1{,}0$ cm. Die Thalam. optici liegen frei, grenzen, nur von Pia getrennt, an die oberen Hirnwindungen. Commissura ant. und media fehlen. Gyrus fornicatus und also auch sulcus calloso-marginalis fehlen. Die Windungen ziehen radiär bis zum Ventrikeleingang; die Furchen der Medianfläche zumeist deutlich.

Die Querschnitte der rechten Hemisphäre ergeben ausser stark erweiterten Ventrikeln den Befund eines gut ausgebildeten fronto-occipitalen Längsbündels (Associationsbündel), welches, erst lang und schmal, vorne an der Innenseite des Ventrikels liegt, nach hinten zu unter Abgabe von Fasern zum grossen Marklager kürzer und breiter werdend mehr auf die Höhe des Ventrikels rückt, um schliesslich auf der Aussenseite des Ventrikels das bekannte Tapetum zu bilden.

Der Fornix ist jederseits selbstständig entwickelt. Der eine der Querschnitte (Fig. IV) zeigt schön die Verhältnisse des Balkenrestchens, das mit zwei blattdünnen Fortsätzen die Innenseite des Ventrikels umgreift. Nur der nächste Querschnitt (Fig. V) zeigt noch ein Restchen der Balkenstrahlung. Die Beziehungen der einzelnen Befunde zum Balkenmangel erklärt Verf. folgendermassen: Die Hypertrophie des Hirns ist eine selbstständige Erscheinung. Der Windungsreichthum entsteht (nach Massgabe der Jelgersma'schen Ansicht) dadurch, dass die nicht gleich der weissen Substanz reducirte graue Substanz sich vielfach falten muss, um die weisse zu bedecken. Durch Wegfall der Balkenstrahlung entsteht ein Plus von Raum, das durch den reichen Windungstypus und Ventrikelfüllung compensirt wird. Der Nervus Lancisi fehlt. Aetiologisch ist eine congenitale Hemmungsbildung anzunehmen. Microscopisch im Grosshirn starke Vermehrung in Neuroglia und Verminderung der Fasern der Balkenstrahlung. Am Rückenmark nur Pyramidenseitenstränge normal. Glia vermehrt, sonst Vorder- und Seitenstränge reducirt. Bernard (Würzburg).

---

521) Dr. **Rudolf Kolisch**: Zur Lehre von den posthemiplectischen Bewegungserscheinungen.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1893.)

An der Hand von 2 Fällen untersucht Verf. die Ursache gewisser posthemiplectischer Bewegungsanomalien. Dem einen Fall steht der Sectionsbefund zu Gebote. Es bestand Oculomotoriuslähmung, rechts bedeutender als links, cerebellare Ataxie, Bewegungsataxie der oberen und unteren Extremitäten beiderseits, Hemiparese, Hemichorea. Ursache ein Tuberkel, reichend von der vorderen Vierhügelregion bis zur Trigeminusregion am 4. Ventrikel; proximal begrenzt oben durch Vierhügel, innen durch die Wand des Aequaduktus, unten durch die Substantia nigra, aussen durch eine dünne Schicht Hirnsubstanz; weiter distal bedeutend vergrössert; der Läsion sind unterworfen Haube und rother Kern derselben, Bindearm, z. T. die

Schleife; verlagert Aequaduktu, rechte Vierhügelpartie, Oculomotoriuswurzeln, Trachlearisgebilde; endlich gegen den hinteren Pol Grössenabnahme, vor dem freien Heraustreten der Geschwulst in die Rautengrube sind noch formatio reticularis und zahlreiche Bogenfasern zerstört. — Im zweiten Fall rechts Oculomotoriuslähmung, links Extremitätenhemiplegie und Hemichorea, sowie Facialis-tic, beiderseits Reactionslosigkeit der erweiterten Pupillen, Fehlen des Kniephänomens. Diagnose: Läsion des rechten Grosshirnschenkels und Uebergreifen derselben nach links über die Mittellinie. Schädigung der Oculomotoriuswurzeln erklärt die Augenmuskellähmungen, die cerebellare Ataxie wird der Zerstörung des rothen Kerns zugeschrieben; für die Bewegungsataxie nimmt Verfasser, wie schon von anderen der Grund in der Schleife gesucht worden war, als Ursache die Zerstörung der Haube des Grosshirnschenkels in Anspruch, welche die Fortsetzung der Schleife enthält, für die beiderseitige Ataxie fehlt indess die Erklärung. Je nach der Ordnung des Auftretens der Störungen soll das Fortschreiten der Läsion beurtheilt werden.

Die Hemichorea in beiden und einem angeführten dritten ähnlichen Falle leitet Verf. von einer Reizung oder partiellen Läsion der Pyramidenbahn her. Damit wendet er sich gegen den Versuch Stephan's, eine Reihe von Bewegungsstörungen, hierunter auch die Chorea, als incoordinirte Bewegungen und abhängig von einer Störung der coordinatorischen Function des Thalamus (Meynert) aufzufassen. Er hebt an ihnen die Unwillkürlichkeit, den coordinirten Character und die Beständigkeit hervor. Ebenso wenig, wie der Name Coordinationsstörung kann der Begriff „Steigerung durch Intention" die verschiedenen Bewegungsstörungen unter einen Gesichtspunkt bringen. Der Grund für das Auftreten der Hemichorea (von Kahler und Pick in der compacten Pyramidenbahn gesucht) mag sich auch an anderen Orten derselben finden; die ganze Lehre wird gestützt durch Befunde, welche eine directe oder eine Fernwirkung auf den Thalamus ausschliessen lassen. Solche Fälle sind aus der Litteratur beigebracht, besonders genügen dieser Forderung der erste mitgetheilte, sowie ein Fall von Eisenlohr (Kugelverletzung, Zerstörung in der Vierhügelregion, der Schleife, der Bindearmkreuzung, dem vorderen Längsbündel und dem Oculomotoriuskern rechts. Reizung der unterhalb gelegenen Pyramidenbahn). Im Allgemeinen lassen Thalamusherde viel seltener eine Fernwirkung auf die Pyramidenbahn, als ein Herdchen im Bereich der Pyramidenbahn eine solche auf den Thalamus ausschliessen. Der Pyramidenbahn wirklich ferngelegene Thalamusherde zeigen ihrerseits keine Hemichorea.

Am Ende der Arbeit führt Verfasser aus der Litteratur etliche Fälle an, welche das Entstehen der Hemichorea auch von der Hirnrinde aus (Herde, Reizung durch tuberculöse Meningitis) für möglich erachten lassen; von der Medulla oblongata vermuthet er das gleiche. Als nachgewiesen erklärt er die Ansicht, dass sowohl Herde in der Region der inneren Kapsel, wie nach der gegebenen Mittheilung auch solche in der Vierhügelregion und im Pons Ausgangspunkte der in Rede stehenden Bewegungserscheinungen sein können. Die clonischen Facialiszuckungen (Tic) fasst er als Analogon der gleichzeitig bestandenen Hemichorea der Extremitäten auf.

Scheiber-Würzburg.

522) **C. W. Suckling:** Functional ophthalmoplegia with general Paralysis and implication of cranial nerves in young women.

(The Brit. med. Journ., 25. III, 93.)

S. hatte 2 Fälle bei Jungfrauen von Ophthalmoplegie mit allgemeiner motorischer Schwäche und anderen paralytischen Symptomen gesehen. Die Fälle gleichen 2 schon von Bristowe beschriebenen. S. meint, sie hätten Beziehung zum Morb. Basedowii. Er hält die Affection für eine functionelle Neurose, aber nicht für Hysterie. Erschöpfung soll die Veranlassung ge wesen sein. Beide Kranke sind nervös belastet. Die eine ist 18, die andere 21 Jahre alt. Sie klagen über allgemeine Schwäche; die eine ist unfähig zu gehen, die andere kann nur kleine Strecken gehen und ist dann erschöpft. Es besteht Parese der Arme. Die Bewegungen der Augäpfel sind sehr behindert; Nystagmus und Ophthalmoplegia externa, nicht interna. Beide zeigen Diplopie und zeitweilig Schielen. Wenn sie kurze Zeit gesprochen haben, wird das Sprechen schwer; keine motor. oder sensor. Aphasie. In beiden Fällen Schluckbeschwerden und Beschwerden beim Kauen. Es fehlen Kopfschmerz, Erbrechen, epileptische Anfälle, Fieber und Kropf. In einem Fall ist leichte Chorea vorhanden. Beide Mädchen sind seit 3 Jahren krank. Die Krankheit entstand allmählich, nahm langsam zu. Sensibilität, Specialsinne sind ungestört. Reflexe gleich, Patellarreflexe etwas gesteigert. Kein Fussclonus. Plantarreflex zeitweilig vorhanden, gewöhnlich fehlend. Augenhintergrund normal. Organe der Brust- und Bauchhöhle normal; keine Urinstörung, keine Blasen- und Mastdarmstörung. Psyche intact; keine hysterischen Symptome. Bei der einen Kranken Erstickungsanfälle mit Cyanose und deutlichem inspiratorischem Stridor. Der Anfall wird durch jede leichte Anstrengung hervorgerufen. Sie muss im Bett immer aufrecht sitzen; S. glaubt, dass Lähmung der Abductoren besteht und die Kranke befindet sich in grosser Erstickungsgefahr. Nach S. handelt es sich um eine besondere Krankheit, die characterisirt ist durch mehr oder weniger vollständige Ophthalmoplegie mit anderen motor. Symptomen, wie Hemiplegie, allgemeine Paralyse, Dysphagie, Dysarthrie, dass die Affection chronisch ist und nahe verwandt mit Morb. Basedowii. Heilung könne eintreten oder die Kranke stirbt an Lähmung der Abductoren der Stimmbänder oder durch intercurrirende Krankheit. Wahrscheinlich seien die motor. Kerne an der Rautengrube afficirt. Bristowe hält die Krankheit nicht für hysterisch, weil 1. das allmähliche gleichförmige Fortschreiten der Symptome dagegen spreche. Es bestand keine Veränderlichkeit der Lähmung und keine Anästhesie. 2. Der Character der Krämpfe war deutlich epileptisch. 3. Es bestanden deutliche Fieberzustände.

Wichmann.

---

523) **J. Wiglesworth:** General Paralysis occurring about the Period of Puberty.

(The Brit. med. Journ., 25. März 93.)

Vorkommen von progressiver Paralyse zur Pubertätszeit sei bisher kaum bekannt. Einzelne Fälle von Paralyse bei jugendlichen Individuen sind von Clouston, Turnbull u. a. beschrieben. W. hat kürzlich 2 Fälle beobachtet; beide betrafen Mädchen. In einem Fall begann die Krankheit

mit 12, im anderen mit 14 Jahren und endete tödtlich mit 16 resp. 18 Jahren. Beide Kinder waren vorher intelligent. Beide Mal trat die Paralyse nach einem Fall auf. Die psychischen Symptome waren in beiden die langsame progressive Dementia ohne Grössenideen. Zu der allmählich beginnenden Abnahme der geistigen Kraft kamen bald langsam zunehmende Lähmungen der Extremitäten hinzu, bis zuletzt die Kranken ganz gelähmt waren und Contracturen hatten. In einem Fall bestanden epileptiforme Krämpfe. Die Sectionsbefunde waren die für progress. Paralyse characteristischen. W. fand in der Litteratur nur noch 6 gleiche Fälle. Von allen 8 Fällen waren 5 Mädchen, 3 Knaben. Die Krankheit dauerte im Mittel $4^1/_2$ Jahre. Grössen-Ideen waren nur einmal vorhanden. Die Pubertät war entweder noch nicht eingetreten oder hatte Halt gemacht. Die Mädchen waren noch nicht menstruirt. Ursache waren Heredität und congenitale Syphilis; wahrscheinlich auch Trauma.

Wichmann.

---

524) **William Wadell**: Some clinical notes on a case of tumour of the pituitary body.

(The Lancet, 22. April 1893, p. 921.)

In folgendem Falle wurde die Diagnose auf Tumor der Zirbeldrüse bei Lebzeiten gestellt: 39jähriger Mann erkrankt zuerst an Sehschwäche; es besteht bitemporale Hemianopsie. Keine Lues, keine Acromegalie. Stirnkopfschmerz, Gedächtnissschwäche; Erweiterung der rechten Pupille, deren Reaction auf Licht gestört ist. Reflexe herabgesetzt. Der Stirnkopfschmerz tritt besonders in 14tägigen Intervallen auf und ist von psychischer Depression begleitet. Später völlige rechtsseitige Hemiplegie mit Temperatursteigerung, doppelseitigem Strabismus, Erweiterung beider Pupillen, Bewusstlosigkeit und zeitweiser Aphasie; Tod 8 Monat nach der ersten ärztlichen Consultation. Section ergiebt: Tumor der Zirbeldrüse zwischen beiden optici vorn liegend und von innen her beide comprimirend. Links daneben liegt ein Blutcoagulum.

Wichmann.

---

525) **Triantaphyllides**: Pseudo-Sclérose en plaques d'origine palustre.

(Arch. de Neurol. 1893, 79.)

Ein 36jähriger Mann, der schon einmal an Malaria erkrankt war und bei dem Syphilis nicht mit Sicherheit auszuschliessen war, erkrankte von Neuem an Intermittens und bot am 23. Krankheitstage vollständig das Bild der multiplen Sclerose (scandirende Sprache, Intentionszittern, Nystagmus, Steigerung der Sehnenreflexe, Neigung zu Schwindel und epileptiformen Anfällen); Behandlung mit Chinin, subcutan und per os, führte in wenigen Wochen vollkommene Heilung herbei.

Falkenberg-Lichtenberg.

---

526) **Toby Cohn**: Klinischer Beitrag zur Kenntniss des Faserverlaufs im verlängerten Mark. (Aus der kgl. Univ.-Poliklinik für Nervenkranke zu Breslau.)

(Berl. klin. Wochenschr. 1893. Nr. 33.)

Der sehr interessante Fall, den C. beobachtete, betraf einen 19jährigen nachweislich nicht luetischen Arbeiter, welcher Anfang dieses Jahres,

nachdem er einige Tage an Husten und Heiserkeit gelitten, eines Morgens mit einer Parese und todtem Gefühl an der ganzen rechten Körperhälfte erwachte. Daneben zeigten sich Schwindelgefühl, Doppelsehen, Sprachstörungen und Schluckbeschwerden (er verschluckte sich besonders beim Genuss von Flüssigkeiten, welche durch die Nase zurückkamen); auch hatte er continuirlich stechende Schmerzen im rechten Hypochondrium.

Als er am 21. März in die Poliklinik kam, klagte er noch über Schwäche in der rechten Körperhälfte, Schwindel, Schmerzen im rechten Hypochondrium und Gefühl von Kriebeln im rechten Bein bei längerem Gehen.

Stat. praes. vom 21. März: Gang unbeholfen (rechtes Bein wird im Bogen nach vorn gesetzt), Romberg'sches Phänomen, Schwäche beider Beine, Ataxie des rechten Beins, Schwäche und Ataxie des rechten Arms, leichte Parese des rechten Facialis, stärkere des rechten Gaumensegels und des rechten Stimmbandes, Steigerung der Sehnenreflexe beiderseits. Völlige Analgesie und Aufhebung des Wärmegefühls an der rechten Körperhälfte in einer Zone, die etwa von der Höhe der 7. bis 8. Rippe sich vorn bis zur Leistenbeuge, hinten bis zur oberen Grenze des Glutealwulstes erstreckt, während oberhalb und unterhalb dieser Zone die betr. Sensibilitätsqualitäten ganz allmälig ins Normale übergehen; die tactilen Empfindungen zeigen sich nicht nur in dieser Region, sondern auch noch darüber hinaus bis zur Höhe der 2. Rippe und am rechten Arm aufgehoben; an den rechten Finger- und Zehengelenken ist die Lageempfindung vollständig aufgehoben, an den grösseren Gelenken deutlich herabgesetzt; Tastvermögen an der rechten Hand völlig erloschen; an der rechten Gesichtshälfte, besonders im Verbreitungsbezirk des 2. und 3. Trigeminusastes, Sensibilität herabgesetzt. Bei ausgiebigen Seitenbewegungen der Augen rotatorischer Nystagmus.

Es handelt sich nach C. ohne Frage um einen (Erweichungs-) Herd in der Medulla oblongata. Was die genauere Localisirung betrifft, so muss man, um die auffallende Erscheinung zu erklären, dass die Sensibilitätsstörungen und die Erscheinungen von Seiten der Hirnnerven auf derselben Seite sich befinden, mit Wernicke eine centrale Kreuzung der zu den bulbären Nervenkernen gelangenden Fasern annehmen. Dann würde der Herd im allerobersten Theil der Medulla oblongata, in der linken Hälfte, dicht unterhalb des Pons und dicht oberhalb des motorischen Vagus- und des Glossopharyngeuskernes sich erstrecken und die zu diesen Kernen gelangenden centralen Fasern nebst einem Theile der Schleifenfasern umfassen. Der rotatorische Nystagmus würde sich, wie ein Fall von Eisenlohr lehrt, durch eine geringe Betheiligung des corpus rectiforme erklären. Das incongruente Verhalten der verschiedenen Sinnesqualitäten weist nach C. darauf hin, dass auch in der Medulla oblongata die verschiedenen Empfindungsqualitäten durch verschiedene Fasersysteme vertreten sind. Die Schmerzen im Bereich der Zone stärkster Anästhesie geben einen weiteren Beitrag zu der Lehre von den central entstehenden Schmerzen (Mann, Edinger).

Hoppe.

527) **F. Raymond:** Des tumeurs neurologiques de la moelle épinière. (Arch. de Neurol. 1893, Nr. 78.)

R. beobachtete bei einem 32jährigen Manne einen Fall von Syringomyelie, der ausgezeichnet war durch die Schnelligkeit seines Verlaufs, das Vorwiegen spastischer Erscheinungen und die lange Zeit, die zwischen dem Auftreten der ersten Krankheitssymptome und dem Erscheinen der characteristischen Sensibilitätsstörungen verfloss, die erst ca. $5^1|_2$ Jahre nach Beginn des Leidens deutlich hervortraten; gleichzeitig liess sich auch eine für alle Empfindungsqualitäten anästhetische Zone links am Abdomen nachweisen. Der Tod erfolgte einige Monate später, 5 Tage nach einer auf Wunsch des Pat. vorgenommenen Trepanation des Rückenmarkskanals, bei der in der Höhe des 5. und 6. Halswirbels das sich vorwölbende Rückenmark einriss und aus einer intramedullaren Höhle 2—3 Löffel Flüssigkeit sich entleerten. Bei der Section fand sich ein fast das ganze Rückenmark durchsetzender Tumor von graulichem Aussehen und weicher Beschaffenheit, dessen centrale Partien zum Theil durch eine unregelmässig gestaltete Höhle gebildet waren und der von R. als eine Mischform von gliome cellulaire und gliome fibrillaire bezeichnet wird. Von den ausführlich mitgetheilten Ergebnissen der histologischen Untersuchung des Tumors sei hier nur erwähnt, dass R. mehrfach neugebildete Nervenfasern gefunden haben will, die grosse Aehnlichkeit mit den peripheren Nervenfasern haben und sogar sehr wahrscheinlich eine Schwann'sche Scheide besitzen sollen (!).

Falkenberg-Lichtenberg.

---

528) **P. Londe:** Sur un cas d'arthropathie tabétique des deux hanches. (Nouvelle iconographie de la Salpêtrière 1893, Nr. 3.)

Es handelt sich bei diesem in Charcot's Klinik beobachteten Falle um einen 41jährigen Mann, der in der Jugend einen schweren Gelenkrheumatismus durchgemacht hatte, welcher bis auf einen Herzklappenfehler heilte. Seine jetzige Krankheit begann vor 7—8 Jahren mit Parästhesien in den Zehen und Kopfschmerzen; später traten lancinirende Schmerzen auf. Im Jahre 1889 fühlte Pat. bei einer anstrengenden Beschäftigung plötzlich lebhaften Schmerz in der linken Hüfte und zu gleicher Zeit hörte er ein Krachen daselbst; rasch trat starke Schwellung auf, trotz welcher Pat. noch 8 Tage lang umherging. Der alsdann hinzugezogene Arzt constatirte eine Luxation. 1890 trat die erste gastrische Krise auf. Im Jahre 1891 entstand spontan eine Schwellung des rechten Hüftgelenkes und als Pat. dann weiter herumging, eines Tages eine Luxation desselben. In der Folge traten wiederholte gastrische Krisen auf. Bei der Untersuchung des Kranken fanden sich die objectiven Zeichen der Tabes dorsalis; ausserdem war die Hüftgegend stark verbreitert, die Trochanteren standen höher als die spina ant. sup. ossis ilei, die Körpergrösse hatte gegen früher um 8 cm abgenommen. Eine Aorteninsufficienz hing wohl von dem früheren Rheumatismus ab.

Der Fall hat grosse Aehnlichkeit mit dem von Charcot selbst vor kurzem veröffentlichten Falle (siehe dieses Centralblatt 1893, p. 9).

Beachtenswerth ist die auch sonst häufig beobachtete Association von tabischen Arthropathien mit gastrischen Krisen. Strauscheid.

---

529) **L. Révilliod** dt **H. Audeoud** (Genf): Trois cas d'arthropathies myélopathiques.

(Nouvelle iconographie de la Salpêtrière 1893, Nr. 2.)

Eine 59jährige tabische Frau, die unter anderem wiederholt an gastrischen Krisen litt, erwarb nach einander eine Arthropathie des linken Fussgelenkes, des rechten Kniegelenkes und des rechten Fussgelenkes. Ein spontaner Bruch der linken Tibia und Bildung einer Pseudoarthrose hatte eine weitere Verunstaltung und Funktionsstörung zur Folge.

Ein 51jähriger Tabiker, der auch einen apoplectiformen Anfall überstanden hatte, erkrankte ganz allmählich und unmerklich an einer beträchtlichen Arthropathie des linken Kniegelenkes.

Im dritten Fall handelt es sich um einen 16jährigen Knaben, der zuerst im Alter von 6 Jahren eine allmählich entstehende Deformation des rechten Fusses, später auch eine solche des linken Fusses erwarb. Seit einem Jahre kann er weder stehen noch gehen. Bei der Untersuchung findet sich völlige Paraplegie, Fehlen der Kniereflexe, schwache aber electrisch normal reagirende Muskulatur. Die Füsse sind in ihrer Länge verkürzt, das Fussgewölbe übermässig entwickelt, die Zehen verunstaltet. Eine Schwester des Patienten hat eine ähnliche in der Kindheit entstandene Verunstaltung des rechten Fusses; auch bei ihr fehlen die Kniereflexe, dagegen ist sie sonst ganz gesund und kann gut marschiren. Die Verff. sind geneigt, die Krankheit des Knaben als eine forme fruste der Friedreich'schen Krankheit anzusehen. Strauscheid.

---

530) **Frenkel** (Horn am Bodensee): Fehlen des Ermüdungsgefühls bei einem Tabiker.

(Neurol. Centralbl. 1891, Nr. 13.)

Während beim gesunden Menschen kräftige Bewegungen der Arme nach wenigen Minuten ein deutliches Ermüdungsgefühl hervorrufen, fehlte dies Ermüdungsgefühl an den oberen Extremitäten bei einem Tabiker vollständig. Auch konnte derselbe die Arme bis zu 25 Minuten horizontal ausgestreckt halten, ohne müde zu werden.

Die (mässigen) Sensibilitätsstörungen in den Armen konnten nicht die Ursache sein, denn bei einem anderen Tabiker mit fast totaler Anästhesie und Fehlen des Muskelgefühls an den oberen Extremitäten verhielt sich das Ermüdungsgefühl ebenso wie bei Gesunden. Nach F. handelt es sich vielleicht in dem Falle um eine central bedingte Herabsetzung der Schmerzempfindung im Muskelsystem. Hoppe.

---

531) Bojirad **A. Tatartscheff** (aus Resua, Macedonien): Die Urogenitalstörungen bei Tabes dorsalis.

(Berl. Inauguraldissertation 1892.)

T. hat in der Mendel'schen Poliklinik 35 Fälle von Tabes mit Urogenitalstörungen beobachtet, die er kurz anführt.

Bei 11 Kranken fand er beiderseits normale Hoden, bei 4 bestand beiderseits Analgesie der Hoden, bei 4 beiderseits Hyperästhesie, bei 9 herabgesetzte Sensibilität, bei 7 herabgesetzte Sensibilität des Penis allein, bei 2 Atrophie der Hoden beiderseits, bei 2 Atrophie auf der rechten Seite,

bei 15 Incontinentia urinae bei 1 Ischuria paradoxa, bei 3 Retentio urinae, bei 5 fehlt der Cremasterreflex beiderseits, bei 1 war derselbe links abgeschwächt, bei 11 bestand Impotenz.

Die Störungen in den Hoden (Analgesie, Anästhesie und herabgesetzte Sensibilität) waren um so ausgesprochener, je stärker die atactischen Symptome waren. Mit dem Schwinden des Cremasterreflexes standen die Sensibilitätsstörungen in keiner Beziehung (bei 6 Kranken, denen der Reflex fehlte, fand sich nur einmal Analgesie der Hoden). Die Impotenz ist in der ausgebildeten Krankheit fast constant; ausser den 11 Tabikern, welche völlig impotent waren, litten 2 an häufigen Ejaculationen ohne Erection und die meisten an abgeschwächter Potenz und häufigen Pollutionen.

Die Blasenstörungen können schon im Beginn der Tabes so in den Vordergrund treten, dass ein primäres Blasenleiden vermuthet wird.

Als ein sehr häufiges Symptom fand T. bei Tabes übrigens noch die anhaltende Obstipation (bei 14 Kranken). Hoppe.

---

532) **H. Oppenheim**: Ueber die „syphilitische Spinalparalyse". — Vortrag in der Gesellsch. d. Charité-Aerzte, Febr. 93.

(Berl. klin. Wochenschr. 1893, Nr. 35.)

In Folge der Veröffentlichung Erb's über die syphilitische Spinalparalyse hat O. sich veranlasst gesehen, sein eigenes Beobachtungsmaterial über diesen Punkt zu sichten und die Litteratur über die Lues spinalis einer genauen Revision zu unterziehen. Auf Grund dieser Untersuchungen ist er zu der Ueberzeugung gekommen, dass die von Erb beschriebene „syphilitische Spinalparalyse" keine Krankheit sui generis ist, sondern nur ein Stadium im Verlauf der Meningomyelitis syphilitica bildet und zwar den Typus der relativ gutartigen Fälle dieser Art, mit vorwiegend spinaler, dorsaler Localisation repräsentirt. Die Compression durch die erkrankten verdickten Meningen schädigt bei dieser Localisation natürlich das Dorsalmark am meisten. Tritt nun, wie gewöhnlich bei dem besser situirten Publikum, die Behandlung frühzeitig ein, so bildet sich der meningeale Process und die spinalen Veränderungen syphilitischer Natur zurück, während die Folgezustände, die Myelitis, die Atrophie und die secundäre Degeneration irreparabel sind und bei der Localisation im Dorsalmark die Erscheinungen der syphilitischen Spinalparalyse machen. In diesem Stadium, wo die Kranken noch gehen und reisen können, kommen die Kranken vorzugsweise zur Beobachtung der Neurologen. „Wieviel bleibt uns von der Geschichte des Falles, von seiner Entwicklung, seinem Verlauf verborgen, wenn wir die Exploration in einem bestimmten Stadium vornehmen?"

Uebrigens ist O. nicht der Ansicht, dass das Erb'sche Symptomenbild für Syphilis characteristisch ist, da jede andere diffuse Erkrankung im Dorsalmark, namentlich jede unvollständige Myelitis transversa zu den nämlichen Erscheinungen führen kann. Hoppe.

---

533) **M. Suillery** (Köln): Latente Augenmuskelstörungen bei Tabes.

(Ophth. Gesellschaft zu Heidelberg 1893.)

Nach S. kommen bei Tabes oft leichte Augenmuskelparesen vor, welche keine Beschwerden hervorrufen, da sie durch die Neigung der Augen,

Doppelbilder zu unterdrücken, verborgen bleiben. Nur durch feinere Untersuchungsmethoden träten dieselben in Erscheinung. — Die tabetische Myosis sei nicht verursacht durch eine Lähmung des centrum cilio-spinale, sondern durch eine Affection des Oculomotorius-Kerngebietes.

S. stellt die Paresen der äusseren Augenmuskeln mittels der von Maddose angegebenen Methode, die Heterophorie zu diagnosticiren, fest. Bei Vornahme dieser Untersuchung schwinde in Folge der Häufigkeit der latenten Paresen der äusseren Augenmuskeln das Missverhältniss zwischen Störungen der interioren und exterioren Muskeln. S. glaubt, dass es sich bei diesen Paresen um Ernährungsstörungen im Kerngebiet des Oculomotorius handle. Bach.

---

534) **H. Krause**: Et Tilfaelde af Friedreich's Sypdom.
(Hospitalstitende 1893, S. 785.)

22jähriger Bauernsohn, dessen Mutter Alcoholistin war und dessen einzige Tante an ähnlichen Fällen wie er selbst gelitten hatte, soll von seiner ersten Kindheit an einige Unsicherheit beim Gange gezeigt haben. In den letzten 2—3 Jahen hat sich dieser langsam verschlechtert und die Sprache ist undeutlicher geworden. Ab und zu tritt Nystagmus auf bei seitlichen Bewegungen des Bulbus. Rechts bedeutende Scoliose mit der Convexität nach rechts in der obersten Dorsalregion, nach links in der Lendenregion. Leichte Ataxie der Bewegungen der Arme, unbedeutende Verminderung der Sensibilität an den zwei ersten Phalangen der Finger. Beide Füsse stehen in mässiger Equinusstellung. Die Kraft der Beine ist ziemlich gut. Etwas Ataxie der Beine, namentlich während des Ganges. Dieser ist schwankend und sehr breitspurig. Romberg's Symptom. Die Sensibilität der Füsse etwas vermindert. Die Sehnenreflexe fehlen. Der Ausdruck imbecill; er weint bei der geringsten Veranlassung. Eine ausgesprochene Intelligenzschwäche besteht jedoch nicht. Sieben Geschwister sind alle vollkommen gesund. Koch (Kopenhagen).

---

535) Prof. Dr. **Adolf Strümpell** (Erlangen): Zur Lehre von der progressiven Muskelatrophie.
(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1893.)

Während auf Grund von reichen klinischen Thatsachen einigermassen feststehende Typen der progressiven Muskelatrophie im weiteren Sinne aufgestellt sind, in denen mit gewissem Rechte innerlich zusammengehörige Fälle gruppirt werden können, hat die anatomische Untersuchung zwar auch ihre Erfolge kennt speciell myopathische Atrophien, weiter solche, bei denen auch die peripheren Nerven, endlich solche, bei denen die Vorderhornganglienzellen und die Leitungsbahn zwischen ihnen und Muskel oder sowohl jene, wie ihre weitere Fortsetzung gegen die Rinde atrophirt sind; — nach der Entwicklung, nach der Zusammen- oder Nichtzusammengehörigkeit dieser Typen fragen wir die Anatomie jedoch noch immer vergebens. Man ist vorläufig nur in der Lage, das spärliche Material zu sammeln und aus Vergleichungen vorsichtige Schlüsse zu ziehen. Das Gebiet der bisher so genannten spinalen Muskelatrophie, das seit Charcot bedeutend anzuwachsen schien, ist in der Folge wieder eingeengt worden, sowohl zu Gunsten der rein myopathischen

Atrophien, wie derjenigen, welche auch proximal von den Vorderhornganglienzellen Pyramidenstrangveränderungen zeigen. An ihrem Bestehen aber ganz zu zweifeln, wäre zu weit gegangen. S. hat selbst eine rein spinale Myatrophie ohne letztere Ausbreitung beschrieben. Freilich ist es auch nicht ausgemacht, dass diese Form wie heute fast allgemein angenommen wird, auch immer spinalen Ursprungs ist. Zu den wenigen bis jetzt veröffentlichten Fällen fügt S. eine neue Beobachtung. Bei einem 29jährigen Mann, dessen Mutter an Muskelschwund gelitten hatte, trat 1881 eine Krankheit auf, deren erstes Symptom war, dass Patient die Finger nicht mehr strecken konnte. Finger, Daumen. Schultergelenk, nach etlichen Jahren in derselben Reihenfolge auch am linken Arm, verloren successive ihre Beweglichkeit. Die Krankheit erfasste weiterhin die gesammten Schultergürtel, Nacken- und Intercostalmuskeln: während die Halsmuskeln persistirten, wurden die genannten Gebiete vollständig atrophisch und kamen in den Zustand der schlaffen Lähmung. Nach 11 Jahren vom Beginn der Krankheit an starb Patient an Lungenerscheinungen, während er Influenza hatte. Die Sensibilität war ungestört gewesen, die electrische Untersuchung hatte keine EaR ergeben.

Verfasser hatte den Fall für eine Dystrophie erklärt. Dagegen sprach zwar das Zuersterkranken der Vorderarm- und Handmuskeln, der Deltoidei; ferner überhaupt das Freibleiben des Beckengürtels, der unteren Extremitäten, der Rückenmuskeln trotz der langen Krankheitsdauer. Dafür aber sprach nicht so sehr das Alter des Patienten, als die zu Tage liegende Heredität, die mangelnde EaR, das Fehlen fibrillärer Zuckungen. Sehr ähnliche Fälle bei mehreren Vettern hatte Bernhardt berichtet und rechnete dieselben bei mangelndem anatomischen Befund der spinalen Form zu. Die anatomische Untersuchung im S.'schen Falle ergab aber in der That spinale Veränderungen, während gleichzeitig die Muskulatur den Character der Dystrophie zeigte: erhaltene Querstreifung, Volumszunahme und Abrundung, vieler Fasern, Vermehrung der Kerne, Auftreten auch centraler Kerne, Spaltbildungen und atrophische Fasern.

In den Vorderhörnern zeigen sich dagegen nur wenige und atrophische Ganglienzellen, Schwund der breiten markhaltigen Wurzelfasern; an den peripheren Nerven deutlicher Faserausfall. Somit haben wir eine Vermengung der anatomischen Merkmale, die früher so sehr auseinandergehalten worden waren. S. nimmt trotz des spinalen Befundes doch eine primäre Myopathie an und secundär aufsteigende Atrophie der Nervenleitungsbahn. Denn wenn das Fehlen von EaR in vivo noch nicht gegen degenerative Atrophie sprach, so ist hier durch den Muskelbefund die deutlichste Erklärung dafür gegeben. Fibrilläre Zuckungen entstehen nach S. zumeist durch einen chronischen Reiz in der motorischen Ganglienzelle, die mit je einem Muskelbündel zusammenhängt. Daher ihr Fehlen bei reinen Myatrophien, wo kein Reiz die Ganglienzelle trifft, sowie bei acuten Vorderhornerkrankungen, wo er nur mehr auf Abgestorbenes wirkt. Nun fehlten im vorliegenden Fall auch die fibrillären Zuckungen trotz der chronischen Vorderhornerkrankung. Man sieht, dass die Grenzen zwischen den einst scharf auseinandergehaltenen „Typen" sich wieder verwischen. Man wird künftig bei der Eintheilung dem ätiologischen Princip Rechnung tragen müssen,

indem man eine Anlage gewisser Systeme für Erkrankung annimmt und einfach hereditäre Ataxien und hereditäre Veränderungen der motorischen Bahnen unterscheidet. Eine exogene progressive Muskelatrophie scheint S. unwahrscheinlich zu sein. In der abnorm beanlagten motorischen Sphäre mag sich nun der Process das eine Mal an den Muskeln allein, das andere Mal in Verbindung mit den zugehörigen nervösen Bahnen oder Centren localisiren. Es ist jetzt nöthig, die klinischen Unterschiede mit den anatomischen Befunden eingehender in Beziehung zu setzen, vor allem auch die Art und Richtung des Fortschreitens des atrophischen Processes zu ergründen. S. neigt der Ansicht zu, dass es sich eher um nucleopetale Veränderungen im einzelnen Neuron (Gesammtheit des Nervenzellleibs und der Faser mit Verästelung) handelt, gegenüber der heute noch fest angenommenen Meinung, dass die Ganglienzelle primär erkrankte, und lässt es dahingestellt, ob auch das ganze Neuron in manchen Fällen zuerst erkranke. Immerhin ist auch zu bedenken, dass eine nicht nachweisbare Alteration des Zellkörpers sichtbaren peripheren Veränderungen als Untergrund dienen kann. Scheiber.

---

536) **S. Sacki:** Zur Casuistik der progressiven neurotischen Muskelatrophie. (Aus der Oppenheim'schen Nervenpoliklinik zu Berlin.)
(Berl. klin. Wochenschrift 1893, Nr. 30.)

S. giebt eine präcise Beschreibung des von J. Hoffmann im Jahre 1889 aufgestellten Krankeitsbildes der progressiven neurotischen Muskelatrophie nebst einem Ueberblick der seitdem erschienenen Arbeiten über diese Krankheit und theilt einen neuen Fall mit.

Die Krankheit betrifft einen 26jährigen Bauernknecht, welcher hereditär belastet war, insofern beobachtet ist, dass seine Mutter an Krampfanfällen leidet. In der Schule fiel ihm das Lernen schwer. Im 16. Lebensjahre bemerkte er zunächst an den Händen, bald darauf auch an den Füssen ein Gefühl der Schwäche und des Eingeschlafenseins. Die Schwäche wurde immer grösser, während gleichzeitig die Hände abmagerten. Von der Atrophie wurden zuerst die Musc. interossei und die kleinen Hand- und Fussmuskeln, später die Musc. peronei und die übrigen Strecker am Unterschenkel ergriffen. Der Verlauf der Lähmung war ein so langsamer, dass Pat. zwar an schwerer Arbeit verhindert war, — vor allem fiel ihm das Gehen und Stehen schwer —, aber erst nach 10jährigem Bestand des Leidens völlig arbeitsunfähig wurde. Die electrische Untersuchung ergab in den befallenen Muskeln partielle Entartungsreaction, resp. völlige Unerregbarkeit; in einzelnen Nerven Herabsetzung der Erregbarkeit. Die Sensibilität zeigte sich in der Peripherie abgeschwächt, die Herabsetzung der Sensibilität nahm aber centralwärts ab (der Temperatursinn aber wenig betheiligt); einzelne Nerven waren auf Druck empfindlich (ausserdem trat zeitweilig ein Wehgefühl, Müdigkeit und krampfhaftes Zittern in den Händen auf).

Zum Schluss führt S. die differentialdiagnostischen Momente der Krankheit besonders gegenüber der chronischen multiplen Neuritis an, der sie ausserordentlich nahe steht. Vor allem ist der Gesammtverlauf, der stetig deletäre Character massgebend, ausserdem das Alter, da die multiple

Neuritis meist Individuen im Alter von 30—40 Jahren befällt, die neurotische Muskelatrophie im 1. oder 2. Jahrzehnt entsteht. Heredität, welche fast in allen Fällen vorhanden war, konnte in diesem, ebenso wie in 3 Fällen von Charcot und Marie nicht nachgewiesen werden.

Hoppe.

---

537) **Howard H. Tooth**: Diphtheritic paralysis with temporary absolute deafness.

(The Brit. med. Journ., 11. März 1893, pag. 520.)

Ein 5jähriges Kind wird wegen Diphtherie des Schlundes und der Mandeln aufgenommen mit 103,4° Temp., 140 Pulsen etc. Am folgenden Tag stellt sich wässeriger Nasencatarrh ein, es werden Membranen durch die Nase entleert. Nach 9 Tagen Eiweiss im Urin, alle anderen Symptome gebessert (11. Dec.). Am 12. Dec. leichte Temperatursteigerung, Patellarreflexe vorhanden. Am 14. Dec. näselnde Stimme. Am 27. Dec. Urin ohne Eiweiss, gutes Allgemeinbefinden. Am 5. Januar näselnde Stimme, plötzliche Taubheit, unsicherer Gang. Patellarreflexe geschwunden. Am 25. Januar beginnt die Besserung; Gehör stellt sich wieder ein. Am 29. Januar: Auf rechtem Ohr wird die Uhr gehört, links taub. 26. Februar: Gehör beiderseits normal, Patellarreflexe fehlen.

T. meint, in diesem seltenen Fall sei der Gehörnerv resp. das Gehörcentrum in ähnlicher Weise wie andere Nerven bei diphtheritischen Lähmungen erkrankt.

Wichmann.

---

538) **Thomas Oliver**: Acute (?) toxaemic multiple Neuritis, terminating fatally within eleven days.

(The Lancet. 10. Juni 1893.)

Ein 48jähriger Mann leidet an hochgradiger Erschöpfung und klagt über Schmerzen; er ist blass, mager. Vor Jahren hatte er Lues, Dyspepsie und rheumatische Schmerzen. Gesunde Kinder. 9 Tage vor der ärztlichen Consultation hatte er an einer Festlichkeit Theil genommen. Ehe er von der Tafel aufstand, merkte er, dass er etwas genossen, was ihm unangenehm war, so dass er absichtlich Erbrechen hervorrief. Seit dem Tage datirt er den Anfang seiner Krankheit. Er wird zuerst als an rheumat. Fieber leidend mit Natron salicyl behandelt; erfolglos. Es bestand Fieber, Taubsein und Kriebeln, das in Schmerzen in den Beinen, Armen, Schultern übergeht. Die Muskeln, nicht die Gelenke schmerzen. Trockene Zunge. Schlaflosigkeit. Antipyrin. Nach 4 Tagen keine Aenderung. Fehlen des Patellarreflexes; Harnretention. Urin frei von Eiweiss und Zucker. Nächtliche Delirien. Pupillen normal. Leichte Sprachstörung im Articuliren und beim Finden der Worte. Hülflose Rückenlage. Paralyse der Beine, die bei Berührung heftig schmerzen; schlaffe Muskeln. Hyperästhesie der Fusssohlen. Herabsetzung der motor. Kraft der Hände und Empfindlichkeit der Muskeln. Geschwollene Fussgelenke. Herztöne gesund, schwach; Lungen zeigen nichts abnormes. Unter Anwendung von Coffein bessert sich der Zustand des Herzens, aber die Unruhe wächst; undeutliche Sprache, Delirien; Zunahme der Armlähmung, plötzlich am 11. Tage nach Beginn der Schmerzen stirbt er. Keine Section. Der Fall wird als eine toxämische multiple Neuritis aufgefasst.

Wichmann.

---

539) **Hale White**: Peripheral Neuritis. (Clinical Society of London. 24. März 1893.)

(The Brit. med. Journ., 1. April 93.)

W. beschreibt folgende Fälle:

1. Ein 33jähriger Mann wird mit Mitralinsufficienz, Oedem der Beine, Ulcus des linken Unterschenkels aufgenommen. Nach 2 Tagen hat sich das Geschwür auf das Doppelte vergrössert, der Kranke fieberte. Es stellt sich Flüssigkeitserguss in beiden Handgelenken ein; daneben Parese der Extensoren. Nach 3 Tagen hat die Lähmung die Extensoren, Flexoren, Pronatoren befallen; nur Supination ist noch schwach möglich. Auch in den Schultern sind die Bewegungen sehr schwach. Keine Sensibilitätsstörung, aber äusserste Empfindlichkeit der Muskeln und Nerven auf Druck. Da das Geschwür sich noch vergrössert wird das Bein amputirt. Die Neuritis wird als septicämische durch Resorption von putriden Massen von Seiten des Geschwürsgrundes bedingt aufgefasst.

2. Ein 45jähriger Mann, welcher zweimal Bleikolik gehabt hat, ist in einer Bleiweissfabrik beschäftigt. Er erkrankt plötzlich mit heftigen Schmerzen in den Extremitäten und im Rumpf, besonders in der Lendengegend. Bei der Aufnahme litt er an starken Leibschmerzen und Muskelschmerzen. Es bestand beträchtliche Gesichtsfeldeinschränkung. Die rechte Hälfte des weichen Gaumens steht tiefer als links; Uvula nicht abgelenkt. Geschmack herabgesetzt. Linkes Handgelenk leicht geschwollen. Muskeln der Extremitäten und zugehörige Nerven alle äusserst druckempfindlich. Später in beiden Handgelenken flüssiger Erguss. Parese der Flexoren. Die unteren Extremitäten waren in allen Bewegungen fast gänzlich gelähmt. Pupillen gleich; frühzeitige optische Neuritis. Obstipation. Erbrechen. Lebhafte Patellar- und Plantarreflexe. Nach 6wöchiger Behandlung in gutem Zustande entlassen. Während des Spitalaufenthalts wurden folgende neuhinzukommende Symptome beobachtet: Schmerzhafte Anschwellung verschiedener Gelenke, Taubsein, Kältegefühl, Parästhesien, Verlust des Muskelsinns in verschiedenen Theilen des Körpers. Wichmann.

---

240) **Arthur Maude**: Alcoholic peripheral neuritis; cramps, exaggerated kneejerks.

(The Brit. med. Journ., 18. Febr. 93, p. 349.)

Ein 47jähriger Alcoholiker leidet an beständiger Taubheit des rechten Arms und Beins, Schwäche des rechten Arms, deutlichem Tremor der Hand, Schlaflosigkeit, allgemeiner Körperschwäche, häufigem starken Krampfhusten, Zusammenziehen in den Beinen. Kniereflexe beiderseits gesteigert. Keine Anästhesie. Nach einigen Monaten typischer Anfall von Delirium tremens, der früh morgens mit plötzlichem heftigen Schmerz auf dem linken Fussrücken beginnt, der sich durch den N. tibial. aufwärts auf den rechtsseitigen Lumbalplexus verbreitet. Patellarreflexe beiderseits sehr gesteigert. Die totale Alcoholabstinenz bewirkt schnell Heilung. Der Fall sei interessant durch die Krämpfe in den Beinen und die Steigerung der Patellarreflexe. Im Anschluss an diesen Fall weist im Brit. med. Journ. vom 25. II. 93 J. Michell Clarke auf seine Arbeit „Peripheral Neuritis“ im Bristol medico-

chirurgical Journal, Juni 1887, pag. 77, hin, wo er gesteigerte Patellarreflexe bei diphtheritischer Neuritis beschrieben und eine Erklärung dafür abgegeben habe. Wichmann.

---

541) **Lyster Cole-Baker**: A case of multiple alcoholic neuritis.
(The Brit. med. Journ., 25. Febr. 93, p. 405)

Eine 63jährige Frau hatte in der Zeit eines Monats 15 Gallonen Portwein getrunken und die 2 letzten Tage vor Ausbruch des Deliriums pro Tag je eine Gallone 7 Wochen nach dem Delirium klagte sie über Taubsein und Schmerz in den Fingern, Händen und Füssen, besonders in den grossen Zehen. Die Handgelenke waren geschwollen, die Finger in den metacarpophal. Gelenken gebeugt, die Haut über den Fingerknöcheln und dem Handrücken dünn und glänzend und in der Handfläche mit rothen Flecken versehen. Arme, Vorderarme, Beine abgemagert. Grosse Empfindlichkeit bei Druck auf die Beuge- und Streckseite der Vorderarme und auf die Streckseite der Beine. Sie muss zu Bett liegen. Fehlen der Patellarreflexe. Prüfung des Fussclonus verursacht grossen Schmerz und ist erfolglos. Urin-Incontinenz. Verlust der Erinnerungen an alle Ereignisse in den letzten 4 Jahren, die ihre Familie betroffen. Nirgends Anästhesien auf Berührung und Nadelstiche. Sehr empfindlich gegen Kälte. Herabgesetzte Kraft der Hände. Nach $^1|_4$ Jahr begann die Besserung, welche in 3 Monaten zu völliger Heilung führte unter der Behandlung: völlige Abstinenz von allen Stimulantien und Anwendung von Strychnin und Massage.
Wichmann.

---

542) **A. Pitres** et **J. Sabrazès** (Bordeaux): Lèpre systématisée nerveuse à forme syringomyélique.
Nouvelle iconographie de la Salpêtrière 1893, Nr, 3.)

Ein 46jähriger Franzose, der in Frankreich von französischen Eltern geboren und hereditär zu Nervenkrankheiten belastet war, hielt sich 10 Jahre hindurch als Arbeiter auf der Insel Martinique auf. Während seines dortigen Aufenthaltes bemerkte er im Alter von 29 Jahren, dass eine Stelle an seiner linken Wade gefühllos sei, so dass er die Haut daselbst verbrennen konnte, ohne dass er Schmerzen hatte. Bald trat dieselbe Erscheinung an der rechten Wade auf und allmählich dehnten sich die anästhetischen Stellen immer weiter aus. Mit dem 42. Lebensjahre stellten sich schwere trophische Störungen ein, die sich nun in langer Folge an einander reihten: Mal perforant an beiden Füssen, Excoriationen an den Händen, Pemphigusblasen an den Unterschenkeln und Vorderarmen, Abfall und Verunstaltung der Nägel, verstümmelnde Ulcerationen an den Fingern und Zehen. Alle diese geschwürigen Processe führten nur zu langsamer Vernarbung und recidivirten vielfach. Bei der Aufnahme des Kranken in das Hospital zu Bordeaux fand sich ausser den von den früheren Geschwüren herrührenden Narben und Verunstaltungen eine wohl ausgeprägte partielle Empfindungslähmung für Schmerz und Temperatur an den Beinen, den Geschlechtstheilen, den Vorderarmen und Händen und an einzelnen Theilen des Gesichtes und der Schädelhaut. Wegen des längeren Aufenthaltes des Kranken auf Martinique hatten die Verff. sofort an die Möglichkeit von

Lepra gedacht und untersuchten desshalb das Blut und den aus Vesicatorblasen gewonnenen Eiter auf Leprabacillen. Der Erfolg war ein völlig negativer. Zwei Aerzte, die in Lepragegenden practicirt hatten, konnten an dem Kranken nichts Characteristisches finden. Die Nerven des Arms waren nicht wesentlich verdickt. Trotzdem beschlossen die Verff., einen Hautast des n. musculocutaneus, der einer gefühllosen Hautzone angehörte, zu excidiren und zu untersuchen. Hiebei fanden sich nun sehr zahlreiche Leprabacillen, sowie eine starke Wucherung des Bindegewebes. Im weiteren Verlaufe zeigten sich dann auch noch andere für Lepra characteristische Erscheinungen. So traten im Januar dieses Jahres am Rumpfe zahlreiche characteristische Erythemflecke auf, die aber zugleich mit dem Steigen der Temperatur sich wieder verloren.

Diese Beobachtung, wie einige andere lehren, dass die Lepra ein mit der Syringomyelie völlig identisches Krankheitsbild hervorrufen kann, das eine Reihe von Jahren hindurch eine sichere Differentialdiagnose nicht zulässt, falls nicht, wie in unserem Falle, eine bacteriologische Untersuchung die Entscheidung herbeiführt.

Strauscheid.

IV. Original-Vereinsberichte.

65. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Nürnberg vom 11. bis 15. September 1893.

(Bericht von Dr. Sommer-Würzburg.)

Wer die Programme der einzelnen Sektionen auf unseren Naturforscherversammlungen durchliesst, geräth manchmal in ein Bedauern darüber, dass von dem Recht des Zusammentagens verschiedener Sectionen mit Bezug auf gemeinsam interessante Themata nicht oft genug Gebrauch gemacht wird. Vor allem hätten in diesem Jahre die Programme der physiologischen und neurologischen Section ein Gebiet gemeinsamen Interesses geboten. Es kann der Psycho-Neurologie nur förderlich sein, wenn sie die Beziehung zur Physiologie sucht, und der Physiologie wird es nichts schaden, wenn sie in ihren Untersuchungen sich mehr auf den lebendigen Menschen richtet. — Einen wirklichen Ueberblick über die neurologischen Bestrebungen, die auf der Naturforscherversammlung vertreten waren, bekommt man nur, wenn man auch aus den weiteren Sektionen ausserhalb der neurologischen das für uns Interessante zusammensucht. Durch die Freundlichkeit einer Reihe von Vortragenden, besonders auch der Herren Prof. Exner und Prof. Gaule, bin ich in die Lage gesetzt, eine derartige, wenn auch nicht ganz vollständige Zusammenstellung zu geben. Wir berichten also zunächst über das in anatomischer und physiologischer Beziehung für unsere Spezialwissenschaft Interessante.

Dr. **Mies**, Köln a. Rh. (neurologische Section) spricht über das Gewicht des Rückenmarkes. Die in der deutschen und ausländischen Literatur*) hierüber niedergelegten spärlichen Angaben, eine Reihe noch

---

* Von E. Bischoff, Th. v. Bischoff, R, Boyd, K. G. Carus, Falck, Gluge, Huschke, Krause, Leuret, Meckel, Schwann und Vierordt.

nicht veröffentlichter Aufzeichnungen von Treviranus und von Voit und die von ihm selbst an 67 Kaninchen, 9 Katzen und einigen anderen Thieren ausgeführten Gewichtsbestimmungen hat derselbe zusammengestellt, um zu untersuchen, in welcher Weise das Rückenmark an Gewicht zunimmt und wie es sich zum Gewichte des Gehirns und des ganzen Körpers, sowie zur Körperlänge verhält.

Der Vortragende hat das Rückenmark in der Ebene des Hinterhauptloches von der Medulla oblongata abgetrennt und ohne Nervenwurzeln und Dura mater gewogen. Nur auf diese Weise von anderen Forschern vorgenommene Wiegungen sind berücksichtigt worden.

Was zunächst das für sich allein betrachtete Gewicht des Rückenmarkes betrifft, so schwankte dies bei 21 ausgetragenen Kindern, die entweder todt zur Welt kamen oder in den ersten 11 Tagen starben, zwischen 2 und 6 gr. Ordnet man die Fälle nach der Schwere dieses Organs und theilt dieselben in drei Gruppen, so vereinigt die mittlere Gruppe 7 Kinder, deren Rückenmark 3—3,4 gr. wog. Das niedrigste Gewicht des Rückenmarkes von 13 erwachsenen Menschen war 24, das höchste $33\frac{1}{3}$ gr. Die vier Personen der mittleren Gruppe besassen ein Rückenmark von 25—27 gr. Im Mittel wog dasselbe bei den Neugeborenen 3,42, bei den Erwachsenen 27,0 gr., also fast achtmal (7,89) so viel.

Weit grösser ist die Gewichtszunahme bei den Katzen (8,21 : 0,3 = 27,4), den Kaninchen (5,101 : 0,148 = 34,5) und den Dachshunden (15,2 : 0,35 = 43,4).

Das Rückenmark des Menschen und der genannten Thiere vermehrt sein Gewicht in der frühen Kindheit schnell, später langsamer. Es nimmt noch an Masse zu, nachdem das Gehirn schon aufgehört hat zu wachsen. Auch der Schwund dieses Organs beginnt in einem höheren Alter, als der des Gehirns.

Vergleicht man die Gewichte des Rückenmarkes und des Gehirns in den verschiedenen Zeitpunkten der Jugend mit den Gewichten, welche diese Organe bei den Neugeborenen aufweisen, so findet man, dass das Rückenmark seine Masse stets mehr vervielfacht als das Gehirn. So kommt es, dass das Gehirn des ausgewachsenen Kaninchens nicht einmal doppelt so schwer ist als das Rückenmark, welches nach der Geburt von dem ersteren um das Neunfache übertroffen wird. Diese Aenderung in den Beziehungen zwischen den beiden nervösen Centralorganen des Kaninchens geht bis zum Ende der 5. Woche schnell, in der folgenden Zeit des ersten Vierteljahres etwas langsamer und dann ganz allmählich vor sich. Bei der Katze sinkt die Verhältniszahl zwischen den Gewichten des Gehirns und des Rückenmarks von 14 auf $3\frac{1}{2}$, beim Dachshunde von $19\frac{1}{4}$ auf 5.

Der Vortragende hält nicht viel von den sich oft widersprechenden Verhältnisszahlen zwischen dem Gewichte des Rückenmarks und des Gehirns, welche einige Forscher veröffentlicht haben, ohne das Alter und die Länge, zuweilen sogar ohne das Gewicht der untersuchten Tiere anzugeben. Denn diese Zahlen ändern sich sehr unter den genannten Einflüssen. Nur im Allgemeinen bemerkt er, dass das Gehirn mehrerer kleiner Vögel, z. B. der Staare und der Zeisige, über zehn Mal so schwer ist als ihr Rückenmark,

dass dagegen bei einigen Fischen und den meisten Amphibien das Rückenmark mehr wiegt als das Gehirn.

Da der Mensch ein schwereres Gehirn hat als fast alle Thiere, in Bezug auf das Gewicht des Rückenmarkes aber hinter vielen Thieren zurückbleibt,*) so hat er im Verhältniss zu seinem Rückenmark viel mehr Gehirn als die Thiere. Das Gehirn eines dreimonatigen Fötus wog bereits 18, das einer 5 Monate alten menschlichen Frucht 101,18 mal so viel als das Rückenmark. Im Mittel wurde Letzteres bei 11 ausgetragenen Mädchen um das 113,11, bei 10 rechtzeitig geborenen Knaben um das 116,42fache von dem Gehirn übertroffen. Auch bei erwachsenen Personen, die beinahe sämmtlich eines gewaltsamen Todes gestorben oder einer kurzen Krankheit erlegen sind, ergab sich für 10 Männer eine höhere Verhältnisszahl ($51\frac{1}{3}$) als für 4 Frauen (49,47). Die Zunahme dieser Verhältnisszahl vor der Geburt und ihre Abnahme nach derselben, sowie die in dieser Hinsicht günstigere Stellung des männlichen Geschlechtes muss aber an einem grösseren Material noch bestätigt, genauer untersucht und erklärt werden.

Die Verhältnisszahl zwischen dem Gewichte des Rückenmarkes und des ganzen Körpers ändert sich mit fortschreitendem Alter wegen der ungleichen Vermehrung dieser beiden Gewichte. Beim Kaninchen steigt sie von 273,6 auf 660,7. Etwas weniger nimmt dieselbe bei der Katze zu von 276,9 auf 413. Für den Dachshund hat der Vortragende bis in die 11. Woche eine fortschreitende Abnahme und von da eine Zunahme annähernd bis zu der bei der Geburt gefundenen Höhe dieser Zahl berechnet (555,8—331,1—560,5). Der neugeborene Mensch wiegt im Mittel 851,4, der erwachsene 1848,5 mal so viel als sein Rückenmark.

Jugendliche Individuen, welche gleich alt sind, und namentlich erwachsene zeigen oft beträchtliche Unterschiede nicht allein in ihrem Körpergewichte, sondern, da das Gewicht des Rückenmarkes bei ihnen nur sehr wenig schwankt, auch in der Verhältnisszahl zwischen dem Gewichte des Rückenmarkes und des Körpers.

Viel beständiger als das Gewicht ist die Länge des Körpers, welche sich daher auch weit besser dazu eignet, das Gewicht des Rückenmarkes zu beurtheilen, eine krankhafte Vermehrung oder Verminderung desselben zu erkennen. Bei einer ungefähr 6 Monate alten menschlichen Frucht kam auf 373,3, bei einem neugeborenen Knaben (mit hohem Rückenmarksgewicht) auf 98, bei 14 Erwachsenen im Mittel auf 62,5 mm. 1 gr. Rückenmark. Kaninchen und Katzen haben hinsichtlich ihrer Länge weniger Rückenmark als die Menschen. Bei den ersteren sinkt die betreffende Verhältnisszahl in den fünf Wochen nach der Geburt fortwährend sehr schnell von 1027 auf 273,5, dann bis zum Schlusse der vierzehnten Woche etwas langsamer auf 164,5 und nimmt hierauf nur noch wenig bis auf 130,3 bei einem $1\frac{1}{2}$jährigen Kaninchen ab. Was die Katzen betrifft, so fand der Vortragende, dass die in Millimetern angegebene Körperlänge bei einem zwei Tage alten Thiere 482, bei einer 5 Wochen alten Katze 249 und bei einer

*) Es scheinen mindestens alle Thiere, welche länger und schwerer als der Mensch sind, hier in Betracht zu kommen, weil v. Voit bei einem 22 kg. schweren Hunde ein Rückenmark von 27,3 gr., Mies bei einem 75 kg. wiegenden und 149 cm. langen Schweine ein solches von 42 gr. Gewicht fand.

noch nicht ganz ausgewachsenen 108mal so gross war als das in Gramm ausgedrückte Gewicht des Rückenmarkes.

In Anbetracht dessen, dass die Verhältnisszahl zwischen dem Gewichte des Rückenmarkes und der Länge des Körpers beim Kaninchen schon nach der 14. Woche sich nicht mehr viel ändert und dass ihre Schwankungen bei Menschen und Thieren von demselben Alter, aber von verschiedener Länge nicht besonders gross sind, führt Redner diese Zahl bei einzelnen Thieren unbestimmten Alters an, welche er und Treviranus untersucht haben. Bei einem ausgewachsenen Schweine fand er dieselbe etwa halb so gross (35,5) wie beim Menschen. Zwei Ratten hätten im Durchschnitt 409 mm lang sein müssen, um 1 gr Rückenmark zu besitzen. Die mittlere Verhältnisszahl von 6 Mäusen betrug 1355. Die Vögel haben im Hinblick auf ihre Länge ein leichtes Rückenmark. Denn bei einer Mauerschwalbe kommt 1 gr davon erst auf 1036, bei zwei Lachtauben auf 1439,5 und bei zwei Staaren auf 1444 mm. Aus den von Treviranus an Fischen vorgenommenen Messungen und Wiegungen ergiebt sich als Verhältnisszahl zwischen dem Gewichte des Rückenmarks und der Körperlänge bei einem Hundshai 1380, bei einem Dornrochen 3129.

Die männlichen Menschen und Thiere unterscheiden sich insofern von den weiblichen, als erstere in der Regel eine kleinere Verhältnisszahl zwischen dem Gewichte des Rückenmarkes und der Körperlänge haben. Diese bevorzugte Stellung des männlichen Geschlechtes beruht aber wohl hauptsächlich darauf, dass die männlichen Individuen meistens grösser sind und dass mit der Zunahme der Körperlänge das Gewicht des Rückenmarkes sich im Allgemeinen so sehr vermehrt, dass die Verhältnisszahl zwischen ihm und der Körperlänge kleiner wird.

Zum Schlusse fordert der Redner dazu auf, über das Gewicht des Rückenmarkes namentlich von heranwachsenden Menschen genauere Untersuchungen anzustellen, die jedenfalls zu sehr bemerkenswerthen Ergebnissen führen würden.

Julius Gaule (physiologische Section): Die trophischen Eigenschaften der Nerven. (Selbstbericht.)

Um Missverständnisse zu vermeiden, erscheint es mir wichtig, eine Definition dessen, was ich unter trophischen Eigenschaften der Nerven verstehe, voranzuschicken. Die Aufgabe des Nervensystems im Allgemeinen ist es, die Kraftentwicklung des Organismus so zu leiten, dass er den auf ihn einwirkenden Kräften der Aussenwelt gegenüber sich behauptet. Von diesen Kräften sind uns diejenigen, welche einen Eindruck auf unsere Sinnesorgane machen, bekannt und bewusst, und ebenso unsere Reaction gegen dieselben, die wesentlich durch Bewegungen ausgeführt wird. Neben diesen Kräften giebt es aber auch solche, welche auf unsere Sinnesorgane wenig oder gar nicht wirken, weil sie gewissermassen immer und gleichmässig da sind oder nur sehr langsam sich ändern. Solche Kräfte sind z. B. die Schwere, der Luftdruck, die Wasserdampfspannung, der Atmosphäre u. a. m. Diese Kräfte wirken, obgleich sie wenig auf unsere Sinne wirken, doch nicht wenig auf die Kräfte unseres Organismus ein. Ihnen begegnen wir nicht durch Bewegungen, überhaupt nicht durch eine plötzliche Kraftentwicklung, sondern

durch eine ganz constante Einstellung des Kräftespiels unseres Organismus in eine bestimmte Gleichgewichtslage. Während daher die Aufgabe, unseren Organismus gegen die rasch ablaufenden Kräfteveränderungen in unserer Umgebung zu schützen, den ebenfalls rasch arbeitenden sensorischen und motorischen Functionen der Nerven zufällt, bildet diese constante Einstellung unseres Organismus gegenüber den stetig wirkenden Kräften der Umgebung eine besondere Function, die trophische.

Diese trophische Function muss im Allgemeinen unbemerkt verlaufen, weil sie eben nichts bezweckt als die Erhaltung des Organismus und nicht wie die andern Functionen zu einer plötzlichen Kraftentwicklung, die einen Eindruck auf die Sinnesorgane macht, führt. Erst die Störung der Function wird bemerkt, weil dann der Organismus durch die äusseren Kräfte (denen die inneren nicht mehr das Gleichgewicht halten) geschädigt wird. Diese Schädigungen sind aber seither immer falsch aufgefasst worden, indem man geglaubt hat, sie müssten gewissermassen activ durch die trophischen Nerven bewirkt werden (man beurtheilte dabei diese Functionen nach Analogie der bekannteren Nervenwirkungen). Entweder wollte man die Wirkung äusserer Schädlichkeiten ableugnen, oder wo man gezwungen wurde, diese anzuerkennen, glaubte man, mit ihr den genügenden Erklärungsgrund gefunden zu haben. Es geht aber aus der eben gegebenen Erklärung der trophischen Störung hervor, dass die Rolle des Zerstörers dabei wohl immer der äusseren Kraft zufällt. Das hindert nicht, dass der eigentlich massgebende Factor doch in der inneren Störung liegt, denn ohne diese würde der Organismus den äusseren Kräften weiter Widerstand leisten, wie er es vorher immer gethan hat. In diesem Sinne habe ich zunächst die Resultate gedeutet, welche ich bei meiner Wiederaufnahme des Magendie'schen Experimentes der intracraniellen Trigeminusdurchschneidung an der Cornea erhielt. Die Veränderungen derselben würden nicht eintreten, wenn nicht äussere Kräfte auf die Cornea wirkten und sie werden zum Theil vermieden, wenn man die Cornea vor denselben schützt. Daraus folgt jedoch nicht (wie man eine Zeit lang meinte), dass dies die Annahme einer trophischen Störung unnöthig machte. Denn die äusseren Kräfte waren ja immer da und doch haben sie die Cornea nicht verändert (und thun es auf der gesunden Seite auch fernerhin nicht) bis zu dem Momente, wo das Ganglion Gasseri verletzt wurde. In dieser Verletzung ist also das Moment gegeben. welches das Gleichgewicht zwischen den äusseren und inneren Kräften stört. In der Verfolgung desselben Experimentes habe ich dann weiter gezeigt, worin der Unterschied zwischen einer bloss anästhetischen und einer anästhetischen und trophisch gestörten Cornea besteht. Die erstere wird erst dann verändert, wenn eine besondere Gewalt einwirkt und gegen diese kann man sie vollständig schützen; die letztere wird sogleich verändert, denn die stetig wirkenden Kräfte sind ja immer da und man kann sie nie vollständig schützen, denn man kann nicht alle stetig wirkenden Kräfte ausschliessen. Bloss anästhetisch aber wird die Cornea, wenn man nur die Fasern des Trigeminus durchschneidet, anästhetisch und trophisch verändert wird sie, wenn man gleichzeitig die Ganglienzellen verletzt, wie es geschieht, wenn man die Durchschneidung im Ganglion Gasseri ausführt. Die Ganglienzellen sind es also, welche den Nerven die trophischen Eigenschaften mittheilen. In

weiterer Verfolgung dieser Erkenntniss habe ich Experimente an den Spinalganglien des Frosches und des Kaninchens ausgeführt. Die ersteren ergaben Veränderungen in der Haut, die sich in den geringeren Graden als Veränderungen in der Pigmentirung, in den höheren als circumscripte Verhornungen des Epithels an einigen und warzenförmige Wucherungen an anderen Stellen, in den höchsten Graden als völlige Einschmelzungen der Haut an den Stellen, wo der Hautmuskel sich ansetzt, erwiesen. Diese Veränderungen blieben nicht beschränkt auf das Gebiet des Nerven, an dessen Ganglion operirt wurde, und sie waren unabhängig von der Durchschneidung von Nervenfasern, so dass selbst kleine Verletzungen des Ganglion genügten, um schwere Störungen hervorzurufen. Musste man hier annehmen, dass die Verletzung der Ganglienzellen wirke als eine Störung des trophischen Gleichgewichts, welche sich durch das Centralnervensystem auszubreiten im Stande sei, so war das noch weit mehr der Fall bei den Experimenten an den Spinalganglien der Kaninchen, wo sich zeigte, dass schon eine Reizung durch Oeffnen und Schliessen eines allerdings ziemlich starken constanten Stromes im Stande sei, schwere trophische Störungen herbeizuführen. Diese Reizungen, wie die Verletzungen hatten jedoch nur dann Erfolg, wenn sie unter gewissen Bedingungen ausgeführt wurden, zu denen z. B. gehört, dass der Sack, welcher das Spinalganglion bedeckt, nicht vorläufig eröffnet wird. Daraus muss man schliessen, dass der trophische Einfluss, welchen die Ganglien auf die Gewebe ausüben, gewissermassen gehemmt werden kann und dass die Gewebe dann alsbald in einen minder empfindlichen Zustand übergehen, in dem sie den äusseren Kräften leichter Widerstand leisten. Aehnlich geschieht dies ja auch, wenn wir die Gewebe vom Organismus abgetrennt, also jedem trophischen Einfluss entzogen, noch eine Zeit lang unverändert erhalten, weil eben dann ihre inneren Umsetzungen auf ein Minimum herabsinken. In dieser Hemmung des trophischen Einflusses der Ganglienzellen, welche eintritt, sobald irgend etwas ihr eigenes Leben bedroht, liegt also eine Art Selbstschutz des Organismus, indem dadurch gleichzeitig in den Geweben jene lebhaften Umsetzungen ausser Spiel gesetzt werden, die dieselben einer besonderen Regulation ihrer Kraftentwicklung bedürftig machen. Viel klarer ist mir dies Verhältniss geworden, als ich die Sympathicusganglien in Angriff nahm. Die Veränderungen, welche von den Spinalganglien aus hervorgerufen wurden, hatten die Haut, die Drüsen und die Muskeln betroffen. Ich hatte besonders die letzteren verfolgt, weil sie sich in stets derselben characteristischen Form wieder erzielen liessen und zwar bloss der Form, aber nicht der Lage nach, denn sie waren immer zerstreut über den ganzen Organismus. Als ich nun aber das Sympathicusganglion (cervicale inferius) verletzte, welches mit jenen Spinalganglien (4.—6. Halsganglion) durch Rami communicantes verbunden war, erhielt ich characteristische Muskelveränderungen, welche nun auch immer in denselben Muskeln, nämlich Biceps brachii und Psoas und an derselben Stelle dieser Muskeln auftraten. Man müsste also annehmen, dass man hier das eigentliche trophische Centrum getroffen habe, von dem aus die trophischen Störungen durch Bahnen, die durch die Spinalganglien hindurchgehen, sich ausbreiten. — Die Entstehung liess sich nunmehr genauer verfolgen, weil man sie unter seinen Augen

beginnen und sowohl macroscopisch wie microscopisch in verschiedenen Stadien untersuchen kann. Die eigentlich primäre Veränderung liegt in den Muskelfasern selbst, welche, sobald das Ganglion verletzt oder gereizt wird, eine Art Höhlenbildung im Innern erleiden, von der aus ausgehend sie dann erweichen und sich theilweise verflüssigen. So entsteht ein Substanzverlust in dem Muskel, der sich tiefer und tiefer in denselben hineinschiebt, während die erweichten Muskelfasern zerreissen (ohne dass der Muskel dabei sich bewegt, einfach unter dem Einfluss der Spannung) und die frei gewordenen Enden sich zurückziehen und contrahiren. Die zum Theil erweiterten Capillaren zerreissen nun gleichfalls und es ergiesst sich Blut in den Substanzverlust und in die Umgebung zwischen die Muskelfasern und unter das Bindegewebe. Dieser Vorgang beginnt sich unmittelbar nach der Reizung oder Verletzung der Ganglien zu zeigen und verstärkt sich während einiger Stunden. Später beginnen dann Wucherungsprocesse und schliesslich eine Vernarbung. Das microscopische Bild ist ein durchaus eigenartiges und kann hier nicht näher beschrieben werden. So gewaltig nun dieser Effect auch ist, so kann er bei völlig gleicher Reizung des Ganglions doch ausbleiben, wenn man nicht vorher den hemmenden Ast, den das Ganglion besitzt, aufgefunden und durchschnitten hat. Wird dieser von dem Reiz mitgetroffen, so erfolgt in den Geweben gar nichts, weil jetzt der trophische Einfluss des Ganglions auf sie ausgeschaltet ist. Der hemmende Ast hat nichts mit den Rami communicantes zu thun, doch ist sein weiterer Verlauf so variabel, dass sichere Mittheilungen über denselben noch nicht gemacht werden können. Das Experiment selbst an dem Ganglion cervicale aber ist leicht zu demonstriren; es ist durch eine sehr grosse Anzahl von Versuchen erprobt und wird den Ausgangspunkt bilden für das weitere Studium der trophischen Eigenschaften des Nerven.

Sigmund Exner (physiologische Section): Negative Versuchsergebnisse über das Orientirungsvermögen der Brieftauben.*)

„Dass eine Brieftaube, im verdeckten Käfig an einen Tagereisen entfernten Ort gebracht, dort freigelassen, ihren heimathlichen Schlag wieder aufsucht und findet, ist eine Thatsache, welche die Menschheit seit Jahrtausenden kennt und bewundert.“ Dass sie den heimathlichen Schlag *sucht*, beruht auf einer „intensiven Heimathsliebe“, dass sie ihn *findet*, ist das zu lösende Problem. „Nun besitzen die Wirbelthiere ein Sinnesorgan, das theoretisch befähigt wäre, das Vermögen, an den Ausgangspunkt einer Reise zurückzugelangen, zu erklären, wollte man ihm die entsprechende Feinheit und der Taube die Fähigkeit, die Eindrücke desselben passend zu verwerthen, zuschreiben. Ich meine den Vestibularapparat des Gehörorgans.“ Exner bezieht sich nun auf die Hypothesen, welche über den Orientirungssinn aufgestellt worden sind. „In diesen Hypothesen spielt die Vorstellung, dass die Taube die Richtung der Hinreise „auffasst“ und sich bei der Rückreise hiernach bestimmt, ferner die Function des Vestibularapparates mit den Bogengängen schon eine Rolle“. Die Prüfung dieser empiristischen Annahme war das Leitmotiv bei Exner's Experimenten.

*) Nach der von Herrn Prof. Exner mir freundlichst zur Verfügung gestellten Correctur des in den Sitzungsberichten der kaiserlichen Academie der Wissenschaften in Wien zu druckenden Aufsatzes. Sommer.

„Wenn die durch den nervus vestibularis vermittelten Empfindungen von der Bewegung des Thieres während der Hinreise dasselbe jederzeit in Kenntniss erhalten von der Entfernung und Richtung, in welcher sich der heimische Schlag befindet, und es so befähigen, beim Aufflug sofort den richtigen Weg zur Rückreise einzuschlagen, dann müssen diese Empfindungen, wie alle Empfindungen, dem Gesetz folgen, dass die an sie geknüpften Urtheile mit Fehlern behaftet sind, deren Grösse der Intensität der Empfindung näherungsweise proportional ist. Sollte also das Thier durch alle auf der Reise erfahrenen positiven und negativen, geradlinigen und axialen Beschleunigungen seine Orts- und Richtungskenntniss erhalten haben, so müsste der Fehler, mit dem diese Kenntniss doch in jedem Falle behaftet wäre, sehr viel grösser ausfallen, eventuell einer vollkommenen Desorientirung Platz machen, wenn jenen Empfindungen noch viel andere sehr intensive und von der Reise unabhängige Beschleunigungsempfindungen hinzugefügt würden. — Das suchte ich zu erreichen, indem ich die Thiere während der Hinreise im Korbe schwenkte und den Korb unzählige Male und mit grosser Geschwindigkeit um seine Axe drehte.“ —

Bei dem ersten Versuch, bei welchem die Desorientirung bei 3 von 6 Tauben versucht wurde, kamen alle 6 ohne erhebliche Zeitdifferenzen ans Ziel, dessen relative Lage zu dem Aufflugsort für eine optische Orientirung vollkommen ungünstig gewählt war. Die erste anlangende Taube war eins von den Versuchsthieren.

Beim zweiten Versuch erregte Exner während des Transportes der Tauben zu dem Aufflugsorte durch die Anwendung des galvanischen Stromes am Kopf Drehempfindungen, um sie so über die thatsächlichen Wendungen und Drehungen zu täuschen. „Wenn der Vestibularapparat das Thier während der Hinreise orientirte, so müsste durch das Hinzutreten des galvanischen Schwindels diese Orientirnng vernichtet werden oder doch zu einer Orientirungstäuschung führen.“ Die technische Anordnung der galvanischen Batterie zu diesem Zweck und die Methode der Einwirkung möge in Prof. Exner's Abhandlung nachgelesen werden. —

Das Resultat war folgendes:

Taube 1. Aeltere Controltaube fliegt ab am 16. April um 11 Uhr 11 Min. Sie kam in Wien an am 18. April Morgens.

Taube 2. Jüngere Controltaube fliegt ab um 11 Uhr 16 Min., kam nie nach Hause.

Taube 3. Aeltere Versuchstaube fliegt ab 11 Uhr 18 Min., kam in Wien an desselben Tags um 1 Uhr 50 Min.

Taube 4. Jüngere Versuchstaube fliegt ab 11 Uhr 32 Min., kam nie nach Hause, sondern war, wie mir gemeldet wurde, in St. Pölten geblieben.

Die Entfernung von St. Pölten nach Wien beträgt 54 Km. Auch hier liegt der Wiener Wald zwischen Aufflugsort und Ziel. Diese Entfernung hat eine Taube in 2 Stunden 32 Min. zurückgelegt und diese Taube war eine galvanisirte Versuch III ist lediglich Controlversuch in Bezug auf Zeit. Im Versuch IV. zeigte es sich, dass von 5 Tauben die eine galvanisirte mit 40 Min. Flugzeit für 28,8 Klm. die zweitbeste von allen ist, was abermals gegen die zu prüfende Vermuthung spricht.

„Ich glaube aus diesen Versuchen schliessen zu dürfen, dass die Empfindungen, welche die Thiere durch ihren Vestibularapparat während der Hinreise bekommen, keine merkliche Grundlage ihres Vermögens bilden, wieder nach Hause zu finden. Damit soll aber nicht die Behauptung aufgestellt sein, dass diese Sinnesorgane überhaupt beim Fluge der Thiere bedeutungslos seien.“ Der weitere Theil von Exner's Abhandlung sucht vorzubeugen, dass aus seinen negativen Versuchen nicht voreilige Schlüsse über die völlige Bedeutungslosigkeit des Vestibularapparates für die Orientirung gezogen werden. — Wer die grosse Bedeutung der „Ausschlussdiagnosen“ in der Medicin und speciell in der Nervenpathologie kennt, wird in dem scheinbar negativen Resultate Exner's einen positiven wissenschaftlichen Fortschritt in der Thierpsychologie begrüssen.

„Wenn also diese Versuche kein positives Resultat über das Orientirungsvermögen der Brieftauben ergeben haben, so haben sie das Problem doch insoferne eingeschränkt, als sie zeigen, dass keine während der Hinreise gemachte Erfahrung die Orientirung bei dem Rückfluge bedingt.“ — (Schluss des Berichtes folgt.)

V. Zur Tagesgeschichte.

Staat und Kirche in der praktischen Irrenpflege.

(Schluss.)

Es ist ein Umstand eingetreten, welcher vorläufig einen weiteren Streit unnöthig macht: Die Conferenz evangelischer Irren-Seelsorger in Halle hat sich principiell mit dem Standpunkt der Irrenärzte für einverstanden erklärt. In den daselbst angenommenen Thesen heisst es: „Die Conferenz deutscher evangelischer Irrenseelsorger hat sich keine andere Aufgabe gestellt, als die, das Gebiet der Irrenseelsorge theorethisch zu bearbeiten und für die praktische Ausübung derselben nützliche Anregung zu geben.“

Diese These ist unter der Voraussetzung annehmbar; dass unter „Seelsorge“ das verstanden wird, was unter „Seelsorge“ bei Gesunden verstanden wird. Sollte sich herausstellen, dass einige der Conferenzmitglieder unter „Seelsorge“ die Sorge für alles Seelische im Menschen im Allgemeinen verstehen und von neuem versuchen, den Aerzten nur die „körperliche Maschine“ zuzuweisen, während die Seele ihnen reservirt bleiben soll, so werden wir unseren Streit von neuem aufnehmen; — beendigen denselben aber vorläufig in der Annahme, dass das Wort „Seelsorge“ im engeren, religiösen Sinne gebraucht ist.

Die zweite noch wichtigere These lautet: „Auch sie (die Conferenz deutscher evangelischer Irrenseelsorger) sieht die Irren als Kranke an, welche wie andere Kranke ärztlich zu behandeln sind.“ Ebenso wenig wie ein Geistlicher zum Director einer chirurgischen Klinik gemacht werden kann, darf auf Grund dieses von der Conferenz anerkannten

Satzes ein Geistlicher die Leitung einer Irren-, Epileptiker oder Idiotenanstalt haben (Idioten sind angeborene Geisteskranke im Sinne der Psychiatrie). — Die anderen Theile der Thesen sind zur Wahrung des Standpunktes der Irrenseelsorger in Bezug auf die seelsorgerische Pflege der Geisteskranken bestimmt.

Am Schluss heisst es: „Der Conferenz ist es einzig und allein um das Wohl der Kranken zu thun. Sie bedauert den entstandenen Streit, erstrebt ein einträchtiges Zusammenwirken mit den Irrenärzten und rechnet bei Erfüllung ihrer Aufgabe ebenso auf deren Unterstützung; wie sie ihrerseits jede nur mögliche Unterstützung des ärztlichen Wirkens sich zur Pflicht macht."

Wir wollen denjenigen Geistlichen dankbar sein, welche nicht in der Usurpation der ärztlichen Vollmacht, sondern im friedlichen Zusammenwirken mit dem medicinisch gebildeten Seelen-Arzte ihre Aufgabe erblicken.

Es kann auch sonst kein Zweifel sein, dass ein grosser Theil der evangelischen Anstaltsgeistlichen der extremen hierarchischen Richtung in der Irren-, Epileptiker- und Idiotenpflege abhold ist.

Nun gilt es aber, die Consequenzen des ärztlichen Principes ohne Schwanken und Nachgiebigkeit zu ziehen und nach Kräften dafür einzutreten, dass getreu dem **Griesinger'schen Programm** Geistesstörung (wovon epileptische Geistesstörung und angeborener Schwachsinn nur Theile sind) nur von psychiatrisch gebildeten Aerzten*) begutachtet und behandelt wird.

Es handelt sich jetzt darum, nachdem der litterarische Streit besonders auch in den politischen Zeitungen aller Parteischattirungen (incl. Kreuzzeitung) für uns ziemlich gewonnen ist, diesen Standpunkt bei den massgebenden Behörden zu vertreten.

Mit welchen Waffen man gegen uns kämpft, möge aus folgenden Citaten uns allen zur Warnung genommen werden. Stöcker sagt in seinem Artikel über rabies psychiatrica („das Volk", 30. Juni 1893, Nr. 151): „Dass die grosse Mehrheit der Psychiater schon jetzt Jeden, der an die „Wahnvorstellungen" der Bibel oder gar an göttliche Eingebungen glaubt, für wahnsinnig hält, ist wohl zweifellos. Weht der Wind des religionslosen Staates erst einmal von oben, dann kommen die Consequenzen." Hier ist weiter nichts zu antworten, als dass eine Verdächtigung zum Zweck der Discreditirung der Irrenärzte vorliegt.

In ähnlicher Weise sucht Pastor Hafner, welcher mich ohne Spur von christlicher Liebe in der Chronik der christlichen Welt mit den wenig biblischen Sprüchen „Denunciant, unnobel, Jesuit, Hallucinant" beehrt hat, speciell unser Centralblatt als Organ des „Atheismus" zu verdächtigen und macht den Schachzug, die Bewegung der Irrenärzte als eine Mache dieses atheistischen Blattes hinzustellen.

---

*) Ich rechne hierzu weder Geistliche noch diejenigen Aerzte welche in Psychiatrie nicht unterrichtet sind. Wir verlangen nicht Aerzte im Allgemeinen, sondern psychiatrisch ausgebildete Aerzte. Solange Psychiatrie nicht Examensfach ist, werden sich immer wieder Geistliche über die Aerzte in psychiatrischer Beziehung erheben. Sommer.

Ich habe schon in der christlichen Welt definitiv auf das Wort in Sachen Hafner verzichtet und halte weitere Polemik für überflüssig.*)

Ich schliesse aus diesen Symptomen, dass wir uns trotz der officiellen Anerkennung unseres Standpunktes von Seiten der Irrenseelsorgerconferenz vor derartigen heimlichen und öffentlichen Verdächtigungen einzelner Personen sehr in Acht zu nehmen haben. Vor allem will ich nun noch einen Punkt betonen, welcher in dieser stillen Agitation gegen die Irrenärzte eine grosse Rolle spielt, nämlich die im Stillen consequent verbreitete Behauptung, dass wir Irrenärzte nicht im Stande seien, unser um Geld gedungenes Wartepersonal zu einer liebevollen Behandlung der Kranken zu erziehen. Wer nicht durch sorgfältige eigene Personalerziehung und Vertretung des ärztlichen Standpunktes in Bezug auf die Ausbildung des Pflegepersonals diesem im stillen verbreiteten Vorwurf entgegenarbeitet, sondern durch Engagement geistlich gebildeten Personals dem Gerücht Vorschub leistet, wird das Interesse einer organisirten Irrenpflege nicht vertreten.

Es genügt allerdings nicht, bloss das geistliche Pflegepersonal abzuweisen, wir müssen nun auch ernsthaft die Frage prüfen, wie die vielen von Irrenärzten vorgebrachten Klagen über ihr weltliches Personal zu beseitigen sind. Die wichtigste Aufgabe der practischen Psychiatrie für die nächsten Jahre ist die richtige Organisation des Irrenwartedienstes. Ebenso wie viele früher sehr zweifelhafte Fragen der practischen Psychiatrie, z. B. Colonisirung, no restraint, Familienpflege etc. dank dem energischen Eifer hervorragender Practiker ziemlich gelöst sind, so wird auch dies Problem des Irrenwartedienstes gelöst werden. Wer es ernst nimmt mit der Psychiatrie, wird diese Aufgabe ohne Anleihe bei der Kirche durch eigene Arbeit und Mühe zu lösen versuchen.

Am schlimmsten erscheint mir vorerst, dass einige Irrenärzte blind genug sind, um mit den Vertretern der pastoralen Pflege von Epileptikern

---

*) Anm.: Meine Erwiderung gegen Herrn Hafner lautete folgendermassen:

Auf die in Nr. 35 und 37 der Christlichen Welt enthaltenen Angriffe des Herrn Pastor Hafner gegen mich erwidere ich Folgendes. Herr H. meint, dass meine Artikel im Centralblatt für Nervenheilkunde, die er als Denunziation bezeichnet, und denen er Mangelhaftigkeit und Oberflächlichkeit zuschreibt, haben „die Grundlage abgeben dürfen für die Verhandlungen des Vereins der deutschen Irrenärzte am 25. Mai in Frankfurt a. M.“ Das ist ein sachlicher Irrthum; Herr H. thut mir zu viel Ehre an. Ich möchte den Sachverhalt mit den Worten klarstellen, die Herr Geheimrat Zinn mir in Bezug auf Herrn Pastor Hafners chronologische Verwirrung geschrieben hat; „Die Frage „Psychiatrie und Seelsorge“ stand bekanntlich schon auf der Tagesordnung der Sitzung des Vereins der deutschen Irrenärzte, welche im September 1892 in Nürnberg stattfinden sollte, aber der Cholera wegen verschoben worden ist. Die Referenten waren schon Anfang 1892 bestellt. Sie sind also nicht der „Denunziant“ gewesen, als den H. Sie bezeichnet Ihre Artikel sind erst 1893 erschienen und wurden von uns nachträglich als hochwillkommen noch ergänzend benutzt.“ Nach Herrn Pastor Hafners Meinung haben einige heftige Artikel eines jungen Mannes trotz ihrer Mangelhaftigkeit und Oberflächlichkeit genügt, einen ganzen Stand in Aufruhr zu bringen und eine endlose Fehde in der Presse anzufachen; in Wahrheit handelt es sich um eine von vielen Irrenärzten im Interesse der Irrenpflege und des irrenärztlichen Standes längst gehegte Sorge, an deren Minderung ich in der von Herrn Geheimrat Zinn oben gekennzeichneten Weise einen mich befriedigenden Anteil genommen habe.

und Idioten im Stillen oder öffentlich zu kokettiren, während die Irrenseelsorgerconferenz selbst sich principiell auf den ärztlichen Standpunkt bei Auffassung der Geisteskrankheit gestellt hat, — woraus eine Unterbringung von Geisteskranken spec. Epileptischen und angeboren Geisteschwachen in ärztlich geleiteten Anstalten mit Nothwendigkeit entspringt. —

Dass die Herren Collegen von der Bodelschwingh'schen Anstalt, die mir zum Theil persönlich bekannt sind und an deren völliger Achtbarkeit ich nie gezweifelt habe, sich durch die Frankfurter Thesen persönlich getroffen fühlen würden, war vorauszusehen. Wenn trotzdem die hervorragenden Männer, welche den Verein der deutschen Irrenärzte leiten, demselben diese Thesen vorgelegt haben und wenn der Verein sie einstimmig angenommen hat, so geschah dies aus dem principiellen Grunde, um uns, der jüngeren Generation, eine Mahnung in Bezug auf die Annahme solcher Stellen zu geben. Die vollkommene Haltlosigkeit derartiger Verhältnisse tritt trotz Constatirung der Thatsache, dass die Herren Collegen selbst nie in Widerspruch mit ihrem ärztlichen Gewissen gerathen sind, in ihrer Erwiderung deutlich zu Tage. — Ist das ein gesunder Anstaltsorganismus, wenn die ärztlichen Beamten die psychiatrischen Lehren des theologischen Leiters der Anstalt desavouiren müssen?

Was würde geschehen, wenn ein Finanzminister einen Finanzplan veröffentlichte und seine Beamten denselben öffentlich für Unsinn erklärten? Entweder er würde sein Amt niederlegen oder ihnen die Richtigkeit seiner Ideen in zwingender Weise demonstriren. So muss es auf die Dauer auch in den pastoralen Anstalten kommen, selbst wenn uns die zur Zeit an den Bodelschwingh'schen Anstalten bediensteten Aerzte über allen Zweifel erhaben sind. Eine Anstalt leiten heisst doch, sie nach bestimmten klar erkannten Principien organisiren. Welcher Art die principielle Auffassung von Geistesstörung von Seiten der früheren Führer der Conferenz der deutschen Irrenseelsorger ist, hat sich genugsam gezeigt. Es liegt in der Consequenz pastoraler Anstaltsleitung, dass die

---

Auf die persönlichen Invektiven des Herrn Pastor H. (Denunziation, unnobel, Jesuitismus, Hallucination u. s. w.) brauche ich nicht zu antworten, weil es sich bei der Sache um eine vernünftige staatliche Organisation der Irrenpflege, nicht um kleinliche Streitereien handelt. Nur will ich konstatiren, dass meine „Unnobelkeit" darin bestanden hat, den wahren Sachverhalt in Bezug auf die Anschauungen der damaligen Führer bei den Konferenzen der deutschen evangelischen Irrenseelsorger in wortgetreuen Citaten festgestellt zu haben. Die Wahrheit erscheint häufig als Rücksichtslosigkeit, aber dass die Wahrheit jetzt „unnobel" sein soll, ist eine neue Wendung, die viel zu denken giebt.

In Bezug auf Herrn Hafners Psychopathologie verzichte ich definitiv auf das Wort.

Was den Titel meiner Aufsätze anbelangt, so war der erste umfassende Titel gewählt, weil mir aus der ostentativ begünstigenden Haltung der kirchlichen Behörden gegen die Konferenz und ihre Besucher allgemeines Einverständnis mit den dort vertretenen Anschauungen in den evangelisch-kirchlichen Kreisen hervorzugehen schien. Unterdessen haben sich die Verh ältnisse geklärt, worauf ich sofort durch Einschränkung des Titels auf „einen Theil der evangelischen Geistlichkeit" geantwortet habe.

Nun zu dem einzigen Punkt, der mich in Herrn Pastor Hafners gröblichen Sätzen zornig macht. Herr H. spielt gegen die Tendenz meiner Artikel die Thatsache aus, dass auf dem Titel der von mir redigirten Zeitschrift steht: „mit besonderer Berücksichtigung der Degenerationsanthropologie", und dass unter den Herausgebern

theologischen Leiter die Aerzte nur als Reparaturhandwerker für die körperliche Maschine betrachten und sich selbst das psychische Gebiet reserviren müssen. Wenn also der Gewissenszwang bei den Herren Collegen in Bielefeld noch nicht da ist, so wird er sicher noch bei ihnen oder ihren Nachfolgern kommen, sobald die principiellen Ideen der Anstaltsleitung sich in practische Handlungen umzusetzen versuchen.

Und wenn man annimmt, dass Herr v. Bodelschwingh viel zu klug ist, um die gefährlichen Experimente pastoraler Therapie bei Geisteskranken vorzunehmen, so ist es doch nichts desto weniger principiell falsch, Geistliche mit der Leitung von Irren-, Epileptiker- und Idiotenanstalten zu betrauen, weil die Consequenzen schliesslich doch kommen würden.

Das gleiche wie den Herren Collegen in Bielefeld habe ich gegen Herrn Dr. Cappelmann-Aachen einzuwenden. Geisteskrankheit gehört ebenso wie andere Krankheit unter ärztliche Behandlung und Begutachtung. Bau und Leitung von Irren-, Epileptiker- und Idiotenanstalten, sowie innere Organisation derselben, vor allem Erziehung des Personals muss durchaus von ärztlichen Principien durchdrungen sein. Herr Cappelmann spielt gegen die Verwendung des weltlichen Pflegepersonals die Thatsache aus, dass es Geld für seine Dienstleistung empfängt. Mit demselben Recht könnte man verlangen, dass sämmtliche Aerzte durch Geistliche ersetzt werden, weil erstere Geld für ihre Dienstleistung erhalten, wenn nicht sonderbarer Weise das auch bei den Geistlichen der Fall wäre. So lange wir nicht alle vom Sauerstoff leben können, werden wir alle, Aerzte und Geistliche, weltliche Wärter und Diakonen einen Entgelt bekommen müssen. Es ist also völliger Unsinn, gegen die Verwendung von weltlichem Personal den Umstand ins Feld zu führen, dass dasselbe Geld bekommt. In Wirklichkeit liegt die Sache so, dass Herr Cappelmann in Bezug auf die Erziehung des Personals bei der Geistlichkeit Anleihen maches möchte, weil ihm diese Sache anscheinend zu schwierig ist. Das ist das wahre Motiv, welches die Annahme von geistlich ausgebildetem Personal einigermassen erklärt. Wenn ein Arzt behauptet, dass in manchen religiösen

---

u. A. Lombroso genannt ist. „Die sogenannte italienische Schule, die Spitze materialistischer Unvernunft, wird naturgemäss wenig Sinn haben für das Ethische im Menschen und für die aufs Ewige gerichtete Arbeit des Seelsorgers.“ — Es liegt mir nicht ob, Lombroso zu vertheidigen. Was meine Stellung zum Materialismus, Realismus, Idealismus und Phänomenalismus u. s. w. betrifft, so verweise ich auf meine „Grundzüge einer Geschichte der deutschen Psychologie und Aesthetik.“ — Hier will ich als Redakteur des Blattes nur bemerken, dass es durchaus nicht zum Agitationsorgan für eine bestimmte anthropologische Schule geworden ist, sondern die Degenerationsanthropologie, die absolut nicht identisch mit irgend einer kriminalistischen Theorie ist, eingehend berücksichtigt.

Uebrigens ist die prinzipielle Angelegenheit, um die es sich, abgesehen von Herrn Pastor Hafners persönlichen Ausfällen auf mich, handelt, durch die Beschlüsse der Irrenseelsorgerkonferenz in Halle, welche die meisten Irrenärzte wohl mit Genugthuung begrüsst haben, in ein viel ruhigeres Fahrwasser gelenkt worden.

Wenn von Seiten der Seelsorger klar anerkannt wird, dass alle Geisteskranken, von denen die angeborenen Geistesschwachen, d. h. Idioten, und die Epileptischen nur ein Theil sind, in Anstalten unter ärztlicher Leitung gehören — so wird sich im Rahmen dieser staatlichen Organisation eine völlige Befriedigung aller religiösen Bedürfnisse sicher ermöglichen lassen.

Sommer.

Genossenschaften sich eine traditionelle Uebung in der Pflege Geisteskranker herausgebildet hat, welche man bei bezahlten Wärtern so leicht nicht finden kann, so ist das letztere eine nur theilweise zutreffende bedauerliche Thatsache aber gerade dessbalb nur ein übertriebenes testimonium paupertatis, welches der Betreffende seinen eigenen Fähigkeiten und der aller anderen Aerzte in Bezug auf Personalerziehung ausstellt. Jedenfalls folgt daraus nicht, dass die Aerzte die Pflege der Geisteskranken, Epileptischen und Idioten aus den Händen geben sollen, sondern dass die Lösung der Wärterfrage ernsthaft in Angriff genommen werden muss.

Ich rathe also Herrn Cappelmann, sich als Psychiater auf die eigenen Beine zu stellen und keine Anleihen in Bezug auf Personalerziehung bei der Geistlichkeit zu machen: Diese Anleihen sind sehr bequem, aber dem ärztlichen Stande nicht angemessen. Das Wartepersonal in der Psychiatrie ist ebenso wichtig, wie viele Recepte in der körperlichen Medicin: Wer dieses Recept von Geistlichen verschreiben lässt, ist ein Mithelfer der Quacksalberei, wer es selbst fehlerhaft verschreibt, ist ein schlechter Arzt.

Für Preussen wäre es ein bedauerlicher und allen echten preussischen Traditionen widersprechender Zug, wenn die staatliche medicinisch-psychiatrische Organisation der Irren-, Epileptiker- und Idiotenfürsorge aus den Händen gegeben würde. Bei richtiger Anwendung erprobter Methoden, z. B. des Colonisationssystems*) liesse sich mit mässigen Mitteln viel mehr erreichen, als jetzt durch die hohe Subventionirung nicht staatlicher bezw. nicht provinzialer Anstalten von Seiten der Provinzen in einer vom Standpunkt des Arztes zu verwerfenden Weise geschieht.

Zum Schluss möchte ich nur noch sagen, dass es sich bei diesem ganzen Streit von Seiten der Irrenärzte nur um Durchführung eines Punktes des weitblickenden Griesinger'schen Programmes handelt!**)

Privatdocent Dr. Sommer-Würzburg.

---

*) Cfr. Paetz: Die Colonisirung etc. —

**) Am Ende meiner „langen Rede", wie Herr Hafner meine Artikel nennt, danke ich mehreren Herren Collegen und Geistlichen für die Winke, welche sie mir brieflich gegeben haben, besonders auch Herrn Pastor v. Bodelschwingh für die freundliche Ueberlassung der Originale der Conferenzberichte, deren Lectüre mich nachträglich noch mehr in meinen Anschauungen befestigt hat, wenn ich auch manche Schäden der bestehenden Irrenanstalten zugeben muss. Die Beseitigung dieser Schäden im wahrhaft ärztlichen Sinne muss das Bestreben aller Irrenärzte sein, die es ernsthaft mit der Psychiatrie meinen. Sommer.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XVI. Jahrgang. 1893 December. Neue Folge IV. Band.

I. Originalien.

I.

Die Beziehung von morphologischen Abnormitäten zu den endogenen Nerven- und Geisteskrankheiten.

Von Privatdocent Dr. Sommer-Würzburg.

Wer den Streit über die Degenerationslehre im Allgemeinen und über die Criminalanthropologie im Besonderen vorurtheilslos verfolgt hat, muss zu der Ueberzeugung gekommen sein, dass diese ganze wissenschaftliche Bestrebung in eine Krisis gerathen ist. Der Begriff des Degenerationszeichens ist so erweitert worden, es sind so verschiedene Zustände darunter zusammengefasst worden, dass es zur Zeit wohl keinen lebenden Menschen giebt, der nicht auf Grund dieser Begriffserweiterung für degenerirt erklärt werden könnte. Nur aus dieser Thatsache erscheint es mir erklärlich, dass z. B. College Kurella einen ganzen Stand, wie den der Irrenwärterinnen für degenerirt erklären konnte, welche nach meinen Erfahrungen nicht mehr Degenerationszeichen speciell an ihrem Schädel zeigen, als z. B. wir Irrenärzte selbst oder andere gebildete Stände. Ebenso wie unsere ganze Litteratur von der Décadence-Lehre vollständig beherrscht wird, so wird auch die Wissenschaft von ihr immer mehr verwässert, indem speciell in der Psychiatrie eine Reihe ganz heterogener psychopathischer Zustände unter diesem Sammelnamen zusammengefasst werden, deren Pathogenese und klinische Form genauer zu erforschen eine sehr lohnende Aufgabe der klinischen Psychiatrie sein könnte.

Es muss in dieser Beziehung entschieden auf eine Einschränkung gedrungen werden. Bevor das Wort Degenerationszeichen definirt werden kann, muss erst definirt werden, was Degeneration ist. Ich verstehe

darunter eine durch die Componenten der Generation implicite bedingte, bis in's Pathologische gehende Abweichung vom normalen Zustand des genus.

Der „normale Zustand“ ist nun aber kein morphologischer Begriff, sondern ein physiologischer (functioneller). Morphologische Abweichungen kommen nur insofern in Betracht, als dadurch Störungen der Function bedingt oder angedeutet sind. Es ist also völlig verfehlt, morphologische Abweichungen und Degenerationserscheinungen zu identificiren, was sehr häufig geschieht. Wenden wir unsere Definition z. B. auf die verschiedenen Ohrformen an, welche in der Degenerationslehre eine Rolle spielen. Als degenerirt sind diejenigen Ohrformen zu bezeichnen, welche vermöge ihrer Form dem physiologischen Zweck des äusseren Ohres nicht mehr entsprechen. — Morphologische Abweichungen sind nur dann als Degenerationszustände zu bezeichnen, wenn die Function des Organs dadurch geschädigt wird. Die morphologische Betrachtung und Messung der Organe hat nur insofern einen Werth, als sie der Functionsprüfung parallel läuft. Damit fallen nun sofort eine Menge von morphologischen Kleinigkeiten, mit denen jetzt ein grosses Wesen gemacht wird, aus dem Rahmen der Degenerationslehre heraus. Ob z. B. ein Ohrläppchen „sessil“ ist oder nicht, wird jedenfalls für die Function der Ohrmuschel als Ganzes sehr gleichgiltig sein. Die subtilen Untersuchungen, welche über das Ohrläppchen vorgeschlagen werden*), hätten nur dann für die Degenerationslehre einen Werth, wenn das Ohrläppchen entweder für die Ohrmuschel als Ganzes oder als selbständiges Gebilde eine functionelle Bedeutung hätte. Ebenso verhält es sich mit vielen morphologischen Abweichungen des Knochenbaues, z. B. dem torus palatinus, welche gar keine Degenerationserscheinungen in unserem Sinne sind, sondern einfach Curiositäten, welche allerdings in die descriptive Naturwissenschaft gehören, aber nicht in die Degenerationslehre, die es mit endogenen Abweichungen der normalen Function zu thun hat.**)

Wenn die Degenerationslehre auf dem bisher eingeschlagenen rein morphologischen Wege weitergeht, wird sie in eine Kleinmalerei verfallen, welcher jeder Zusammenhang mit einer physiologischen Naturbetrachtung fehlt. Dieser progressus ad infinitum in der Forderung von „Exactheit“, welche darauf hinausläuft, alles bloss zu messen und zu beschreiben, was nur durch die Beziehung auf seine Function Bedeutung bekommt, tritt vorzüglich in dem Aufsatz von Näcke (l. c. pg. 450) hervor, gegen dessen Folgerungen ich mich hier hauptsächlich wende. N. sagt: „Man wird mir wohl zugeben, dass die angedeuteten Desiderata — es sind natürlich noch

---

*) Anm.: Cfr. Näcke: Zur Methodologie einer wissenschaftlichen Criminal-Anthropologie. Dieses C.-Bl., Oct. 1893, pg. 453: „Die Grösse des Ohrläppchens ist bloss in Rücksicht zur ganzen Ohrhöhe anzugeben, der Grad des Angewachsenseins durch den Winkel, den der untere Rand mit dem Unterkieferreste bildet, welch' letzterer nach Alter, Geschlecht etc. sich in der Richtung ändern wird.“

**) Wer diesen Grad von Genauigkeit bei Untersuchung des Ohrläppchen-Winkels in einwandfreier Weise erreichen will, wird ein Menschenleben auf die Beschreibung einer ziemlich werthlosen Sache verwenden müssen.

lange nicht alle angegeben — nicht zu weit gehen, dass nur ihre Erfüllung einen wahren Fortschritt bedeutet."

Bei aller Hochachtung vor einer exacten Beschreibung, wenn sie im Stande ist, das Wesentliche an einem Dinge hervortreten zu lassen, muss ich sagen, dass 1. die von N. gestellten Desiderata zu weit gehen, 2. ihre Erfüllung die völlige Ausartung der rein morphologischen Richtung in der Degenerationslehre bedeuten würde: Für jeden einzelnen Theil der Ohrmuschel würde ein Specialforscher nothwendig sein, welcher sein ganzes Leben hindurch, unbekümmert um die übrige Beschaffenheit der Ohrmuschel, z. B. die relative Stellung des Tragus zum Antitragus bei den ganz verschiedenen Categorien von Geisteskranken, Verbrechern, bei verschiedenen Ständen, in verschiedenen Lebensaltern etc. zu messen hätte. N. hat im Grunde selbst diese practische Consequenz bei Verfolgung des rein morphologischen Weges gezogen. „Man wird zugeben . . . ., dass endlich bei der ungeheuren Ausdehnung unseres Gegenstandes Arbeitstheilung durchaus erforderlich wird und diese schwierigen und heiklen Untersuchungen am besten von Specialisten vorgenommen werden, aber stets in vergleichender Weise." Ich halte diese Ausschreitung der rein morphologischen Richtung für durchaus verfehlt und sehe nur in der Rückkehr zur physiologischen Betrachtung einen Ausweg aus diesem diffusen Nebel von Maassen, Zahlen, Tabellen, Formen und Typen.

Wir fassen also Degeneration auf als endogene Abweichung von der normalen Funtion, nicht als Abweichung von der morphologischen Form, von der es einen Typus in dem engen Sinne, wie man das Wort in der Degenerationslehre verstanden hat, gar nicht giebt.

Was ist nun in diesem Sinne ein Degenerationszeichen? Diese Wortbildung muss so verstanden werden, dass Zeichen für bestehende Degeneration gemeint sind. Das Wort Zeichen ist nun hier allein im morphologischen Sinne zu verstehen. Es handelt sich um diejenigen morphologischen Kennzeichen, welche die Degeneration andeuten. Es frägt sich nun, ob neben denjenigen Abweichungen (Abnormitäten des Baues), welche die Functionsstörung bedingen, noch andere vorhanden sein können, welche sie andeuten, ohne sie zu bedingen. Und zwar bezieht sich diese ganze Betrachtung zunächst immer nur auf ein Organ, z. B. Ohr, Nase, Gehirn etc. Es sind also die Degenerationszeichen darauf hin zu untersuchen, ob die abweichenden Formen des Baues eine Functionsstörung bedingen und gleichzeitig andeuten, oder ob sie nur eine Functionsstörung andeuten, ohne sie zu bedingen. Dieser Unterschied muss scharf durchgeführt werden. Als Beispiel kann man z. B. die Verhältnisse der myopischen Augen anführen, welche ja von sehr vielen Ophthalmologen als endogene Zustände aufgefasst werden. Die abnorme Länge des Auges bedingt die Myopie, die oft vorhandenen abnorm weiten Pupillen und das Staphyloma posticum deuten sie an, ohne sie zu bedingen.

Die stillschweigende Voraussetzung der Degenerationslehre in der bisherigen Form war der Gedanke, dass der degenerirte Zustand eines Organs (z. B. Ohrmuschel) bezw. mehrerer Organe (Ohr, Unterkiefer, Auge) ein

Zeichen für die gleichzeitige degenerirte Beschaffenheit eines anderen (nämlich des Gehirns) sei. Hier handelt es sich also nicht um die Beziehung der morphologischen Abweichung eines Organes zur Degeneration (endogen bedingten Functionsstörung) des gleichen Organes, sondern eines völlig verschiedenen, nämlich des Gehirns. Hier kann nun von einer Bedingung der Gehirndegeneration durch die morphologische Abnormität gar keine Rede sein, sondern es handelt sich hier ausschliesslich um Zeichen im Sinne der blossen Andeutung. Es ist nun aber ganz klar, dass hier ein nothwendiger Zusammenhang zwischen Degeneration von Organen (Nase, Ohrmuschel, Auge, Unterkiefer etc.) und Gehirndegeneration durchaus nicht vorliegt. Es giebt eine Menge von Menschen, bei denen einzelne Organe im höchsten Grade Degeneration zeigen, während ihr cerebrales Leben durchaus normal ist. Andrerseits giebt es morphologisch ganz normale Menschen, welche endogene psychopathische Zustände (angeborener nicht durch organische Gehirnerkrankung bedingter Schwachsinn, originäre Verrücktheit, periodisches und circuläres Irresein ohne nachweisbare äussere Veranlassung) zeigen.

Es sind daher durchaus die Degenerationserscheinungen an einzelnen Organen nicht als eindeutige Zeichen für eine bestehende cerebrale Degeneration aufzufassen, so dass also die ausgedehnte Anwendung des Wortes Degenerationszeichen in psychopathischer Beziehung ganz unzuläsig ist. Es handelt sich höchstens um Wahrscheinlichkeit. Wenn wir an ca. 5 Organen eines Menschen Degenerationserscheinungen finden, so kann man nur schliessen, dass mit einiger Wahrscheinlichkeit auch das Gehirn Degenerationserscheinungen bieten werde. Für gewöhnlich — besonders in vielen Fällen von Begutachtung — wird fälschlicher Weise der Zusammenhang von Degenerationszuständen einzelner Organe und Degeneration des Gehirns viel enger und stringenter aufgefasst.

Es frägt sich nun, ob der Zusammenhang zwischen morphologischer Abweichung des Schädels und Gehirndegeneration ein engerer und sicherer ist, so dass wenigstens die Schädelbeschaffenheit mit einiger Sicherheit für die Frage der Degeneration des Gehirns bei dem gleichen Individuum in Betracht kommt. An diesem Punkte soll die folgende Untersuchung einsetzen. —

Neben dem Begriff des Degenerationszeichens scheint mir an zweiter Stelle die statistische Methode, welche bisher in der Degenerationslehre das Feld beherrscht hat, einer gründlichen Revision zu bedürfen. Es hat sich bei den Ausführungen Näcke's herausgestellt, dass fast alle bisherigen Statistiken über das vorliegende Problem aus der organischen Welt — und schliesslich auch seine eigene — für nicht einwandfrei erklärt werden können. Man kommt consequenterweise zu einer Auflösung des enormen Materials, welches man ohne wesentliche Differenzirung bisher verwendet hat, in immer kleinere Gruppen, um übereinstimmende Bedingungen zu bekommen. Und auch diese werden sich leicht als Conglomerat von individuell ganz verschiedenen Dingen bezw. Menschen verwerfen lassen. Es ist daher viel besser, mit der statistischen Methode in diesem verwickelten Gebiet der organischen Erscheinungen zunächst ganz zu brechen und an Stelle der statistischen Zusammenfassung incongruenter Fälle die sorgfältige Analyse des einzelnen Falles treten zu lassen. Allerdings muss hierbei bemerkt werden, dass eine blosse Description keine Analyse ist.

Wir wollen also in den folgenden Mittheilungen in einer Reihe von einzelnen eclatanten Fällen, welche die hiesige psychiatrische Klinik, die Epileptiker- und Irrenpfünde des Juliushospitals geboten haben, untersuchen, ob zwischen morphologischen Abweichungen des Schädelbaues und endogenen Nerven- und Geisteskrankheiten eine Beziehung vorhanden ist oder nicht.

(Fortsetzung folgt.)

II.

Ueber larvirte und abortive Angstszustände bei Neurasthenie.

(Vortrag, gehalten in der Jahressitzung des Vereins der südwestdeutschen Irrenärzte am 11. November 1893 in Karlsruhe)

von Dr. Ewald Hecker-Wiesbaden.

Es ist eine allgemein anerkannte Thatsache, dass Angstzustände der verschiedensten Form eines der am häufigsten vorkommenden Symptome der Neurasthenie bilden. Löwenfeld giebt in seiner neuesten Veröffentlichung*) an, dass sie „wenigstens bei einem Viertel, vielleicht aber bei einem noch erheblich grösseren Theile der Neurasthenischen zu beobachten seien.“ Ich selbst habe nach meinen früheren Aufzeichnungen mehr als die Hälfte meiner Neurastheniker mit ausgebildeten Angstanfällen behaftet gefunden. Kaan**) nennt das Angstgefühl „thatsächlich eines der constantesten Symptome der Neurasthenie“. Bei manchen Kranken hat es mit einem einzigen Angstanfall im Verlauf der ganzen Krankheit sein Bewenden, bei anderen häufen sich die Angstanfälle zu einer beträchtlichen Zahl. Sie treten entweder (wie bei der Agoraphobie und ähnlichen Phobieen) nur bei ganz bestimmten und immer denselben Gelegenheitsursachen auf, oder sie entstehen spontan ohne äussere Veranlassung. In wieder anderen Fällen macht sich die Angst nicht in abgeschlossenen Anfällen geltend, sondern beherrscht in milderer, gewissermassen chronischer Form den Patienten während des ganzen Tages.

Bei all diesen verschiedenen Formen der Angstzustände tritt uns eine recht bemerkenswerthe Thatsache entgegen, die bisher meines Wissens nur von Löwenfeld***) in einer gelegentlichen Anmerkung erwähnt ist, dass nämlich der Character des ihn beherrschenden Gefühls dem Patienten nicht immer als Angst zum Bewusstsein kommt, sondern bis zur erhaltenen Aufklärung anders von ihm gedeutet wird. Ich habe schon früher in meinem Aufsatze†): „Zur Behandlung der neurasthenischen Angstzustände“ auf dieses Vorkommniss aufmerksam gemacht und einen entsprechenden Fall mitgetheilt. Es handelte sich um einen seit vier Jahren von neurasthenischen Angstanfällen beherrschten Patienten, der an Asthma zu leiden glaubte und

---

*) Pathol. und Therapie der Neurasthenie und Hysterie. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann 1893.

**) Kaan: Der neurasthenische Angsteffect. Leipzig 1893, p. 48.

***) l. c.

†) Berliner klin. Wochenschrift 1892, Nr. 47.

auch bis dahin von allen Aerzten als Asthmatiker behandelt war. Ueber einen zweiten etwas andersartigen aber ebenfalls hierher gehörigen Fall möchte ich mir erlauben, jetzt kurz zu berichten.

Der Patient, ein 60 Jahre alter Herr, war wegen einer Reihe nervöser Beschwerden von seinem Hausarzt nach Marienbad geschickt worden. Dort lernte er eine ihm etwa gleichaltrige, den feinsten Gesellschaftskreisen angehörige Dame kennen, mit der er öfter freundschaftlich verkehrte. Wegen Zunahme seiner Nervosität und einer gewissen sich einstellenden Unruhe brach er seine Kur früher als er anfangs beabsichtigt, ab. Kaum war er auf der Rückreise nach seiner am Rhein gelegenen Heimath in Erfurt angekommen, als er von einer so plötzlichen und ihn überwältigenden Sehnsucht nach jener Dame befallen wurde, dass er sich nicht anders zu helfen wusste, als mit dem nächsten Zuge umzukehren und nach Marienbad zurückzufahren. Die beschämendsten Gedanken stürmten auf ihn ein. Er machte sich Vorwürfe, dass er als verheiratheter Mann und Grossvater eine so sträfliche, ihm selbst ganz unerklärliche Neigung fassen könne. Es half aber alles nichts: er wurde erst ruhig, als er unter einem gezwungenen Vorwand sein Wiedererscheinen entschuldigend, mit der betr. Dame zusammentraf. Nach einigen Tagen, während deren es ihm leidlich gut ging, raffte er seinen Muth zusammen und reiste abermals ab. Er kam glücklich bis nach Frankfurt a. M., wo ihn ein neuer Sehnsuchtsanfall befiel. Sicher wäre er abermals umgekehrt, wenn er nicht dort zufällig seinen Schwiegersohn getroffen hätte, der ihn mit nach Hause nahm. Hier gerieth nun Patient in einen kläglichen Zustand. Er konnte das Gefühl der Sehnsucht nach jener Dame gar nicht los werden, machte sich zugleich die bittersten Vorwürfe darüber und wurde nahezu melancholisch. Dabei wurde er von einer grossen Unruhe hin und her getrieben, bis seine Angehörigen, denen er die eigentliche Ursache seines Zustandes aus Scham verschwieg, Collegen Nötel-Andernach consultirten, der den Patienten an mich verwies. Eine kurze Beobachtung ergab nun leicht, dass Patient an Angstanfällen litt und dass seine ganze Sehnsucht von Anfang an nichts anderes war, als ein von ihm verkannter Angstzustand. Der Kranke war wie von einer schweren Schuld erlöst, als ich seiner Krankheit den rechten Namen gab. Zunächst stellten sich gewissermassen zum Beweise der Richtigkeit meiner Diagnose noch einzelne nicht von Sehnsucht begleitete Angstanfälle ein und sehr bald ging unter entsprechender Behandlung der Fall in dauernde Heilung über.

Dass die Angstzustände der Agoraphoben früher mehrfach als Schwindel gedeutet wurden, ist ja bekannt: man sprach damals von Platzschwindel statt von Platzangst. Offenbar war diese Benennung durch die entsprechenden Klagen der Patienten, die ihren Angstzustand selbst als Schwindel empfanden, begründet.

In all' diesen Fällen von „larvirten Angstzuständen“ — wie ich sie zu nennen vorschlagen möchte — handelt es sich eben um eine Selbstverkennung des eigenthümlichen psychischen Zustandes, unter dem der Patient leidet. Der Kranke verwechselt denselben entweder mit einem anderen — ihm vielleicht geläufigeren — psychischen Zustand (wie im letztgeschilderten Fall mit der Sehnsucht) oder er hält ihn unter haupt-

sächlicher Berücksichtigung eines einzelnen der die Angst begleitenden somatischen Symptome überhaupt für einen rein körperlichen Zustand, wie z. B. für Asthma oder Schwindel oder auch, was recht häufig vorkommt, für Heisshunger.

Seit einer Reihe von Jahren habe ich, von diesen Beobachtungen ausgehend, den die Angst begleitenden körperlichen Symptomen eine grössere Aufmerksamkeit geschenkt und habe dabei die frappirende Thatsache constatiren können: dass bei Neurasthenikern mit überraschender Häufigkeit an Stelle completer Angstanfälle bald dieses bald jenes körperliche Attribut der Angst ganz vereinzelt in ausgesprochenen Anfällen auftritt, ohne von psychischen Angstgefühlen begleitet zu sein.

Wenn wir einen in Angst befindlichen Menschen, gleichviel, ob seine Angst eine begründete oder unbegründete (ev. krankhafte) ist, beobachten, so sehen wir, dass scheinbar gleichzeitig mit dem psychischen Zustande bestimmte körperliche Erscheinungen auftreten. Es sind diese Symptome in der geistreichen Skizze des dänischen Collegen C. Lange: „Ueber Gemüthsbewegungen“*), auf die wir später noch zurückkommen müssen, eingehend gewürdigt. Leider vermischt Lange aber in nicht zulässiger Weise die Symptome der Angst mit denen des Schrecks, dabei ausser Acht lassend, dass die Angst ein Affect der Erwartung ist. Vortrefflich hat dagegen Domrich**) in seinem noch immer lesenswerthen Buche diese Erscheinungen auseinandergehalten und ausführlich geschildert. Um ganz objectiv zu sein, wollen wir unserer Untersuchung diese Domrich'sche Beschreibung zu Grunde legen. Es heisst dort pag. 322: Am frühsten treten die körperlichen Erscheinungen der Angst in der Gegend des Herzens (1) auf: in milderem Grade als ein schwer zu beschreibendes Gefühl von Unruhe und bangem Wehethun: man fühlt das Herz! Dies Gefühl wird bald deutlicher, die Furcht macht das Herz klopfen, es arbeitet äusserst rasch und ungestüm.“ Ferner werden (2) die Respirationsbewegungen beschleunigt, sie sind sehr rasch und kurz, in gewissem Sinne zitternd und oberflächlich, ohne dass eine eigentliche Hemmung der Athmung vorliegt. Weiterhin tritt (3) eine verringerte Innervation aller willkürlichen Muskeln auf, welche die Kraft derselben verringert, ein Zittern der Muskeln stellt sich ein, besonders ein Zittern der Kniee. Bei hohen Graden von Angst kommt es zum Zähneklapperu. Weiter macht sich (4) eine Unsicherheit beim Stehen geltend, die sich oft bie zum Schwindel steigert, die Besinnung droht zu vergehen. (5) In deu Gliedern treten abnorme Sensationen, Gefühle von Kalt- und Taubsein auf, wechselnde Schauer überlaufen den Leib, bald ist die Haut blass und kalt (Gänsehaut), bald von einem profusen Schweiss übergossen (Angstschweiss), (7) die Schliessmuskeln erschlaffen bei vermehrter Peristaltik, Fäces und (8) Urin gehen mit starkem Drang unwillkürlich ab. Ferner (9) contrahiren sich bei der Angst Schlund und Speiseröhre krampfartig (die Angst schnürt ihm die Kehle zu). Dass (10) die Angst den Schlaf raubt, wie alle Erwartungsaffecte, ist genügend bekannt.

---

*) Dr. C. Lange: Ueber Gemüthsbewegungen. Uebersetzt von Kurella. Leipzig 1887.

**) Domrich: Die psychischen Zustände, ihre organische Vermittelung und ihre Wirkung in Erzeugung körperlicher Krankheiten. Jena 1849. Pag. 318—329.

Alle diese einzelnen Symptome nun, die ich eben geschildert habe treten, wie schon erwähnt, bei unseren Neurasthenikern anfallsweise auf, ohne dass auch nur eine Spur von psychischer Angst bei den Patienten dabei zum Bewusstsein kommt oder überhaupt vorhanden ist. Wir wollen diese Anfälle in der oben eingehaltenen Reihenfolge kurz besprechen.

Zunächst sind es 1. die Anfälle von Herzklopfen, denen wir bei diesen Kranken begegnen, ohne dass dasselbe von einem Angstgefühl abhängig ist. Bisweilen gesellt sich im weiteren Verlaufe die Angst secundär hinzu, recht oft bleibt sie aber auch ganz aus.

Von den isolirten Störungen der Respiration sprach ich schon oben. Ich erinnere mich einer ganzen Zahl ähnlicher Fälle, in denen anfallsweise ein schnelles, oberflächliches Athmen auftrat, ohne dass damit Angstgefühl verbunden war. Bei Gelegenheit der Asthmadebatte beim 4. Congress für innere Medicin habe ich diese Pseudoasthmafälle kurz skizzirt und namentlich hervorgehoben, dass es sich — gerade so, wie Domrich es bei der Angst hervorhebt — dabei niemals um eine eigentlich erschwerte Athmung, besonders nicht um eine erschwerte Exspiration handelt, wie sie gerade dem Asthma characteristisch ist. Leyden bezeichnete ganz treffend einen dieser Fälle, den er mir zur Behandlung überwies, als „Asthma psychicum".

Recht häufig sind 3. die plötzlichen Störungen in der Muskel-Innervation, die in den Anfällen von allgemeiner Müdigkeit und Schwäche, von Zittern und von Unsicherheit bes. in den Beinen zum Ausdruck kommen. Sehr bekannt sind 4. die Schwindelanfälle der Neurastheniker, die mit aber auch ohne Angst auftreten und die sich zusammen mit der Schwäche bis zu ohnmachtsähnlichen Anwandlungen steigern können, wie u. A. der nachfolgende Fall beweist.

Frau E. B., 23 Jahre alt (aus der Klinik des Collegen Kron-Berlin) erkrankte vor ca. 2 Jahren mit protahirten Anfällen echt neurasthenischer Athemnoth, wie ich sie oben beschrieben habe. Erst nach mehreren Monaten gesellten sich dazu Angstanfälle, die immer heftiger wurden und unter der Form der Strassenfurcht auftraten. Die Patientin wagte schliesslich nicht mehr auszugehen, weil sie von der Angstvorstellung beherrscht wurde, sie könne unterwegs ohnmächtig werden. Diese Kranke bekam nun täglich zu Hause, während sie in vollkommener gemüthlicher Ruhe war, einen Anfall von Syncope mit Kaltwerden der Glieder, nur halbem Schwinden des Bewusstseins. Sie versichert ausdrücklich, dass sie dabei zu ihrer eigenen Verwunderung keine Spur von Angst empfunden habe.

5. Die mit abnormen Sensationen verbundenen Circulationsstörungen unserer Patienten brauche ich hier wohl nur andeutend zu erwähnen, ebenso 6. die Anfälle von Schweissausbruch, die bald einseitig partiell, bald total auftreten. Besonders characteristisch sind 7. die sogenannten nervösen Diarrhoeen, welche mit den die Angst begleitenden Defaecationen den stürmischen Stuhldrang gemeinsam haben, der, wie Arndt sich ausdrückt, ihre nahe „Verwandtschaft zu den Hosen" erklärt. Nicht minder bekannt ist 8. das Symptom der reizbaren Blase, das in sehr lästiger Weise bei unseren Kranken auftreten kann.

Wir kommen endlich 9. zu den bei der Schilderung der Angst zuletzt genannten krampfartigen Zusammenziehungen des Schlundes

und der Speiseröhre. Ich habe dies Symptom recht häufig bei echten Neurasthenikern ohne jede hysterische Complication beobachtet. Da dasselbe bei den Autoren wenig oder gar nicht gewürdigt wird, sei es mir gestattet, hier zwei Fälle kurz mitzutheilen, in denen dasselbe in sehr prägnanter Weise ausgebildet war.

Herr M. G., Student der Medicin, 22 Jahre alt, durch Herrn Professor Moritz Schmidt, Frankfurt a. M., an mich gewiesen, litt, ohne hereditäre Anlage seit seinem 10. Lebensjahre an Grübelsucht mit Angstzuständen heftigster Art, so dass er sich bisweilen die Haare raufte und Gegenstände zerriss. Vor $1^1/_2$ Jahren starb unerwartet sein Vater, von da an sehr starker Kopfdruck mit Schwindelerscheinungen und enormer Erregbarkeit des Herzens (Puls angeblich über 200. Grosse motorische Unruhe stellte sich ein, Furcht vor Schlaganfall oder Paralyse.

Seit Beginn seiner Krankheit leidet nun derselbe Patient an eigenthümlichen Schluckbeschwerden, die nur bei dem Genuss fester Nahrungsmittel auftreten. (Ich will hier kurz einschalten, dass ich augenblicklich einen Fall echter Neurasthenie mit Zwangsvorstellungen aus der Clientel des Herrn Collegen de Barry-Frankfurt a. M. in Behandlung habe, bei dem dieselben Beschwerden besonders beim Schlucken von Flüssigkeit sich einstellen, so dass Patientin zum Gebrauch der Schlundsonde greifen musste.) Der erste Patient nun, der sonst von Angstzuständen in verschiedenster Form gequält wird, versichert ausdrücklich, dass er bei diesen Schluckbeschwerden niemals auch nur die leiseste Angst habe. Er spült die festen Nahrungsmittel mit Getränk hinunter. Am schwersten wird es ihm, Fleisch und Brotkrume zu schlucken, etwas leichter geht es auffallender Weise mit Brotrinde.

Der zweite Fall kam geradezu wegen seiner Schlingbeschwerden in meine Anstalt. Es handelt sich ebenfalls um einen jungen 23jährigen Studenten, von Herrn Collegen Heinrich in Wiesbaden mir zugewiesen. Der Kranke, erblich belastet, hatte von jeher eine eigenthümliche Aengstlichkeit und Pedanterie bei allen Verrichtungen gezeigt. So fasste er z. B., wenn er einen Gegenstand auf den Tisch gestellt hatte, immer noch 3—4mal hin, um zu prüfen, ob derselbe auch fest stehe. Während seiner Studienzeit erkrankte er in Folge von überreichlichem Alcoholgenuss und gleichzeitiger Anstrengung bei den Arbeiten zum Examen an Magenbeschwerden, er verlor den Appetit und kam sehr herunter. Eines Tages empfand er beim Schlucken ein deutliches Hinderniss im Halse, ein krampfartiges Zusammenschnüren und daran schloss sich sofort die Angst, dass ihm etwas in die „unrechte Kehle“ kommen und er daran ersticken könne. Der Zustand entwickelte sich schliesslich so weit, dass Patient zunächst nur Flüssigkeiten, dann aber mehrere Tage absolut nichts genoss. Bei diesem Patienten traten später, als die Heilung im Gange und die Angst vor Erstickung längst verschwunden war, zuweilen doch noch ganz spontane krampfhafte Schlingbeschwerden auf.

10. Ueber das Symptom der Schlaflosigkeit bei Angst und Neurasthenie brauche ich weiter nichts zu erwähnen.

Nachdem wir so die Reihe der hauptsächlichsten körperlichen Attribute der Angst durchmustert haben und constatiren konnten, dass in der That

jedes einzelne derselben als isolirtes Symptom der Neurasthenie anfallsweise auftreten kann, glaube ich nicht auf Widerspruch zu stossen, wenn ich diese Anfälle als abortive oder incomplete Angstzustände bezeichne. Ich bin der Meinung, dass durch diese Auffassung eine Reihe gerade der wichtigsten Symptome der Neurasthenie unserem Verständniss wesentlich näher gebracht ist. Dies gilt in vielleicht noch höherem Grade, wenn wir dazunehmen, dass auch die nicht in Anfällen, sondern in mehr chronischem Verlauf auftretenden Attribute der dauernden Angst und Aengstlichkeit, wie das anhaltende Müdigkeits- und Kraftlosigkeitsgefühl, das Zittern, die Benommenheit des Kopfes, gewisse Circulationsstörungen, chronische Störungen der Verdauung etc. sich auch als dauernde Symptome der Neurasthenie darstellen. In jedem Fall hat sich herausgestellt, dass das Krankheitsbild der Neurasthenie in noch höherem Grade als man bisher annahm, von der Angst beherrscht wird, sei es nun, dass dieselbe in ausgebildeten Anfällen oder in mehr andauernder Aengstlichkeit oder in larvirter oder endlich in abortiver Form auftritt.

Es erübrigt noch, dass wir uns über den inneren Zusammenhang, der zwischen dem psychischen Angstgefühl und seinen körperlichen Symptomen besteht, klar zu werden suchen, in der Hoffnung, dadurch vielleicht auf das eigentliche Wesen der Neurasthenie einige Streiflichter fallen zu lassen. Wir müssen dazu noch einmal auf die schon oben erwähnten Lange'schen Studien zurückgreifen, in welchen es der Autor, wie Sie wissen, überaus wahrscheinlich gemacht hat, dass, im Gegensatz zu der bisher üblichen Ansicht, die körperlichen Erscheinungen eines jeden Affectes nicht die Folge, sondern die Ursache der Gemüthsbewegung sind, in der Art, dass die Gemüthsbewegung eben in der Wahrnehmung dieser körperlichen Symptome besteht. Die Verschiedenheit der Affecte beruht auf der Verschiedenheit der Combinationen, in denen die Störungen der hier vermehrten, dort geschwächten Innervation der willkürlichen, der organischen wie der Gefässmuskeln sich gruppiren. Sind von einem Affect einzelne körperliche Symptome im Verhältniss zu den übrigen auffallend stark ausgeprägt, so kann es begreiflicherweise leicht zu einer unrichtigen Beurtheilung dieses dadurch unklar gemachten Bildes kommen und es wird die Entstehung der sog. larvirten Angstzustände begreiflich. Umgekehrt wird es aber auch passiren können, dass da, wo ein bestimmter Affect sich schon oft eingestellt hat (wie bei der Neurasthenie der Angstaffect) das zufällige Auftreten auch nur eines dazu gehörigen Symptomes, wie z. B. des Herzklopfens, sofort eine Irradiation auch in die anderen ausgetretenen Bahnen veranlassten, somit durch die nun vollständig gewordene Summe der körperlichen Symptome des Angstanfalls, einen solchen wirklich hervorruft.

Die oben genannten verschiedenen Aeusserungen der gestörten Innervation bei den Affecten lassen sich nun aber weiter nach Lange's Annahme auf eine einheitliche Ursache, nämlich auf eine Veränderung in der Function der vasomotorischen Apparate zurückführen, in der Art, dass für jeden Affect, die Circulationsstörungen in den verschiedenen Organen und Körpertheilen verschieden sind. Wie sich diese Erscheinungen bei der Angst zu einem bestimmten Bilde gestalten, haben wir oben gesehen, und wenn wir nun

weiter beobachten konnten, dass eine bedeutende Zahl gerade der wesentlichsten Symptome der Neurasthenie mit den Symptomen des Angstaffectes zusammenfällt, so werden wir auch zwischen den anatomisch physiologischen Grundlagen beider sehr nahe Beziehungen vermuthen dürfen. In der That bestätigen die neueren über die Neurasthenie aufgestellten Theorieen diese Annahme. Ich darf Sie hier zunächst an die Hypothese von Kaan erinnern, welcher sich Löwenfeld und Müller im wesentlichen anschliessen. Dieselbe stützt sich auf die geistreichen Deductionen Meynert's von der compensatorischen Hyperämie der subcorticalen Sinnescentren bei gleichzeitiger Schwäche des Associationsorgans und erklärt die Angstempfindungen bei Neurasthenie aus einer vielfachen Weiterverbreitung dieser Hyperämie über die Brücke der Medulla oblongata hin, indem dieselbe dort, wo die grauen Centren mit dem Grau der Rautengrube confluiren, das Centrum füs Aus- und Einathmung in Erregung setzen.

Mit dieser physikalischen Theorie concurrirt die chemische Theorie, deren Hauptvertreter Kowalewsky*) ist. Derselbe fand die neurasthenischen Erscheinungen als Folge einer übermässigen Reizung und Ermüdung einzelner Gruppen von Gehirnzellen auf, die zu einer Inanition derselben führt. Indem nun aber gleichzeitig die Abfuhr der gebildeten Ermüdungsstoffe beschränkt ev. gehemmt ist, tritt eine Vergiftung mit diesen Leucomainen im ganzen Organismus auf, welche die körperlichen Symptome der Neurasthenie veranlasst. Eine auffällige und interessante Uebereinstimmung mit dieser Theorie zeigen nun die Resultate, welche Mariot in seiner Arbeit „Ueber Hautgout und Fleischgift“**) in Betreff der Angst gewonnen hat. Mariot weist auf die Thatsache hin, dass sich der Fleischgeschmack eines Thieres eigenthümlich verändert, wenn es vor der Tödtung gehetzt und geängstigt wird. Er nimmt an, dass durch den Affectzustand der Angst im Gehirn ganz eigenartige Zersetzungsproducte gebildet werden, die weder mit jenen, die nach angestrengter geistiger Thätigkeit entstehen (Zunahme der Phosphorsäure und des Chlornatrium nach Vogel, Moleschott u. A.), noch mit jenen, welche die Müdigkeitserscheinungen bedingen (Bildung von Milchsäure und saurem phosphorsaurem Kali nach Bauke) zu identificiren sind. Diese chemischen, flüchtigen Cerebralstoffe durchtränken und vergiften alle Gewebe und rufen eben dadurch die körperlichen Symptome der Angst hervor. Wir sehen, dass auch nach diesen Hypothesen für die nahen Beziehungen zwischen den Angstzuständen (den completen wie abortiven) und der Neurasthenie eine Erklärungsmöglichkeit gegeben ist. Weitere Beobachtungen und Untersuchungen müssen erst noch ein klareres Licht auf dies Verhältniss werfen, das zunächst dadurch noch mehr an Interesse gewinnt, dass wir für die Hysterie ganz ähnliche Beziehungen zu anderen wechselnden Affecten, namentlich zu dem Affect des Schrecks auffinden können. Die Hysterie hat mit der Neurasthenie bekanntlich eine grössere Zahl von Symptomen gemeinsam, gerade so wie auch Schreck und Angst in vielen Einzelerscheinungen übereinstimmen. Die körperlichen

*) Kowalewsky; Zur Lehre vom Wesen der Neurasthenie. Centralblatt für Nervenheilkunde 1890, Heft IX. u. X.

**) Sticker's Archiv für animale Nahrungsmittelkunde 1891, Heft 4. Citirt nach Wolff's Referat: Deutsche Medicinalzeitung Nr. 45, 1881.

Symptome aber, welche der Hysterie allein im Gegensatz zur Neurasthenie zukommen, sind genau dieselben, die der Schreck vor der Angst voraus hat, d, h. die Neigung zur Convulsibilität und Attonität („starr vor Schreck"), die Paraplegie („der Schreck lähmt die Beine"), Aphonie und Mutismus („sprachlos vor Schreck"), Lähmungen der Sinnesorgane. Ich habe dies auffällige und interessante Verhalten in einer gleichzeitig in den therapeutischen Monatsheften erscheinenden Arbeit, auf die ich hiermit verweisen möchte, ausführlich besprochen.

II. Referate und Kritiken.

543) **Wilhelm His:** Ueber den Aufbau unseres Nervensystems.
(Berl. klin. Wochenschr. 1893, Nr. 40 u. 41.)

Die Anschauungen über den Aufbau unseres Nervensystems haben in den letzten Jahren durch die Forschungen von Golgi, Ramon y Cajal, Kölliker, Retzius, His u. A. eine völlige Umwälzung erfahren; an Stelle der vom Centralorgan bis zur Peripherie ununterbrochen fortlaufenden Nervenfasern ist eine Anzahl von „Nerveneinheiten" getreten, welche an ihren Enden durch Auffaserungen in mehr oder weniger innige Verbindung treten. Einblick in den ferneren Aufbau des Nervensystems nach diesen neueren Forschungen zu geben ist die Aufgabe des Vortrages, welcher von dem berühmten Anatomen auf der letzten Naturforscherversammlung in öffentlicher Sitzung gehalten worden ist. Wenn auch dem Fachmanne die einzelnen Arbeiten jener obengenannten Forscher bekannt sein dürften, so kann doch diese zusammenfassende Darstellung wegen ihrer meisterhaften Klarheit auf das angelegentlichste zur Lectüre empfohlen werden. Mit klassischer Anschaulichkeit verfolgt der Verfasser die „Nerveneinheiten" von der Peripherie aus durch die vermittelnden Nervenzellen hindurch bis zu den Ganglienzellen des Centralorgans und schildert schliesslich die höchst einfache Entwicklung dieses ganzen complicirten Systems von den in ihrer Jugend mit selbstständigem Bewegungsvermögen begabten Keimzellen (Neuroblasten) des Medullarrohrs aus. Besonders instructiv ist die Schilderung, wie die Empfindungsnerven und die Fasern der Sinnesnerven von aussen her, von peripherischen Neuroblasten aus (in peripherischen Ganglien) in die Centraltheile hineinwachsen, während aus dem Gehirn und Rückenmark heraus nur die Bewegungsnerven wachsen, und wie dieses Wachsthum zum Theil durch mechanische Hindernisse beschränkt und bestimmt wird. Hoppe.

544) **Adolf Strümpell** (Erlangen): Ueber die Alcoholfrage vom ärztlichen Standpunkte. (Vortrag in der 2. allg. Sitzung der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Nürnberg am 13. IX. 1893.)
(Berl. klin. Wochenschrift 1893, Nr. 39.)

Der Vortrag wendet sich an die deutschen Aerzte, um dieselben aus der Gleichgültigkeit und Indolenz gegenüber der Alcoholfrage aufzurütteln und zu einem energischen Kampfe gegen die unermesslichen Schäden des

Alcoholmissbrauchs aufzurufen. Es wäre zu wünschen, dass der ebenso licht- wie massvolle Vortrag seinen Zweck erreichte. Ref. kann aber der Zuversicht nicht Raum geben, dass dies in weiterem Umfange gelingen wird. Ob die Theilnehmer der Nürnberger Naturforscherversammlung trotz des Beifalls, welchen sie in der Sitzung dem Vortrage zollten, wohl durch denselben sich haben abhalten lassen, nach der Sitzung sich am Nürnberger Bier gütlich zu thun? Ref. möchte dies bezweifeln. So lange die Aerzte selbst als Studenten auf der Universität zur akademischen Bierseligkeit erzogen werden und so lange das Gros derselben auch weiterhin einem mehr oder weniger mässigen Alcoholgenuss huldigt, wird man nicht erwarten können, dass dieselben gegen den Alcoholmissbrauch bei ihrer Clientel energisch und mit Aussicht auf Erfolg Front machen.

Dies im Allgemeinen. Was die Einzelheiten betrifft, so sucht S. vorzugsweise die falsche Anschauung zu zerstören, als ob der Biergenuss weniger schädlich sei, als der Genuss anderer alcoholischer Getränke. „Gerade unter der täuschenden Maske eines scheinbar leichten, wohlschmeckenden und dabei doch nahrhaften Genussmittels hat der Alcohol einen verderblichen Eingang gefunden in Kreise, welche ihm sonst vielleicht ganz verschlossen geblieben wären.“ Im Biere addirt sich zu der verderblichen Wirkung des Alcohols noch die schädigende Wirkung der übermässigen Flüssigkeitsaufnahme auf das Circulationssystem. —

Für den Neurologen besonders interessant sind die Ausführungen des Vortragenden über die Summation kleinster Giftwirkungen vorzüglich auf das Nervensystem, worin die chronische Alcoholvergiftung mit anderen chronischen Intoxicationen (z. B. der chronischen Bleiintoxication) übereinstimmt. Die einzelnen Giftwirkungen sind so unbedeutend, dass sie meist keine oder nur geringe Störungen hervorrufen. Aber die Nervenfasern und die Ganglienzellen haben eine Art „Gedächtniss“. Die durch die chemischen Wirkungen des toxischen Stoffes einmal eingetretenen an sich auch noch so geringen Veränderungen in dem Nervengewebe bleiben dauernd nach und summiren sich allmählig, bis sie schliesslich in den dauernd krankhaften Zustand übergehen, der eines Tages durch schwere scheinbar unvermittelt auftretende Krankheitserscheinungen offenbar wird. Dabei spielt wie bei der chronischen Bleivergiftung die individuelle Veranlagung (resp. Resistenz) eine grosse Rolle sowohl was den Eintritt der Störungen im Allgemeinen als ihren Sitz betrifft, während andrerseits der Ausbruch der summirten Alcoholwirkung durch Gelegenheitsursachen, durch gleichzeitige andersartige Schädlichkeiten bedingt sein kann.

Hoppe.

---

545) **Redlich**: Ueber Störungen des „Muskelsinns“ uud des stereognostischen Sinnes bei der cerebralen Hemiplegie.

(Wien. med. Wochenschr. 1893, 24—31.)

In der Definition des „Muskelsinns“ schliesst sich Verf. Goldscheider an und versteht darunter: das Gefühl für active und passive Bewegungen, die Wahrnehmung der Lage und Haltung unserer Glieder und die Empfindung der Schwere gehobener Gewichte und geleisteten Widerstandes. Einen specifischen Muskelsinn als solchen giebt es nicht, derselbe kommt zu

Stande durch die centralen Innervationsgefühle einerseits und zahlreiche sensible Eindrücke. Der stereognostische Sinn, das Vermögen in die Hand gegebene Gegenstände zu erkennen, wird durch die Hautsensibilität und den Muskelsinn vermittelt.

Unter 132 Fällen von cerebraler Hemiplegie, welche eine genauere Untersuchung gestatteten, wiesen 28 Fälle Muskelsinnstörungen auf; in allen diesen Fällen bestanden auch Störungen der Hautsensibilität. Es gehen jedoch die Muskelsinnstörungen denen der Hautsensibilität nicht parallel, sondern sind meist stärker als die letzteren. Eine grössere Proportionalität besteht zwischen Muskelsinn- und motorischer Störung; doch glaubt Verf. zu beweisen, dass beide Bahnen getrennt, wenn auch nahe bei einander verlaufen, ebenso laufen die Bahnen für Muskelsinn und Hautsensibilität nahe bei einander (in cerebro).

Die Verwerthung der einschlägigen Litteratur und die eigenen Beobachtungen bestimmen Verf. zu der Ansicht, dass durch Affectionen des Thalamus an sich keine Muskelsinnstörungen verursacht werden, sondern nur durch Zerstörungen im hinteren Schenkel der inneren Kapsel. Dasselbe gilt für die Hautsensibilität. Im hinteren Schenkel der inneren Kapsel folgt auf die motorische Bahn erst die Muskelsinnbahn, dann die der Hautsensibilität, dahinter die optische Bahn. Zum Schluss bespricht Verf. den Sitz des Muskelsinns in der Hirnrinde und schliesst aus der entsprechenden Litteratur, dass ein Beweis dafür, dass dies Centrum identisch sei mit dem motorischen Centrum (cfr. Hösel, Arch. f. Psych. 1893) keineswegs erbracht sei, dass aber eine grosse Wahrscheinlichkeit dafür existire, dass Zerstörung der Scheitelwindungen Muskelsinnstörungen veranlasse.

Lehmann (Werneck).

---

546) **M. Buch** (Willmanstrand-Finnland): Ueber Algesimetrie.
(St. Petersb. medicin. Wochenschr. 1892, Nr. 25.)

Während der von demselben Verf. früher beschriebene Schmerzmesser (St. Petersb. medic. Wochenschr. 1891, Nr. 25) den Fehler hatte, dass der Schmerz bei constantem Druck nur allmählich eintrat und „die Schwelle“ sehr verwischt wurde, hat er nun sein Instrument derart verändert, dass die Mittelspalte, in welcher der Zeiger läuft, auf der einen Seite mit den Druckgraden entsprechenden Einkerbungen versehen ist, so dass die Zeigerfeder jedesmal in die Kerbe hineinfällt und jeden Druckgrad (100 gr.) hörbar markirt. Der Untersucher ist dadurch im Stande, den Druck plötzlich um eine bestimmte Menge anwachsen zu lassen oder ihn auf der erreichten Höhe eine Zeit lang zu erhalten. Die Messung geschieht in der Weise, dass zunächst das Instrument aufgesetzt wird und durch seine eigene Schwere wirkt. Alsdann verstärke man nach 2 Sec. den Druck um 100 gr., lasse denselben 2 Sec. einwirken u. s. w. — (Das Instrument ist zu beziehen durch H. Windler, Berlin, Dorotheenstrasse 3.)

Behr-Riga.

547) **J. David:** Versuche über den zeitlichen Verlauf der tetanischen Erregungsvorgänge am blutdurchströmten Kaninchenmuskel.
(Inaug. Diss., Würzburg 1892.)

Der blutdurchströmte Warmblutermuskel ist am meisten characterisirt durch seine Unermüdbarkeit gegenüber dem ausgeschnittenen Froschmuskel. Der ausgeschnittene Froschmuskel zeigt schon nach 800 Einzelzuckungen eine deutliche Ermüdung, der blutdurchströmte verliert nach 3500—4000 Einzelreizungen jede Spur seiner Leistungsfähigkeit, während der Kaninchenmuskel auch nach 12,000 Zuckungen in der Schwankung noch keine nennenswerthe Ermüdung aufwies. Weiter ergaben die Versuche, dass der Warmblutermuskel eine grössere Beweglichkeit der Molekule besitzen müsse als der Froschmuskel, da die Schwankungscurven noch bei Intervallen von 0,002 Sec. eine Zusammensetzung aus zeitlich getrennten Erregungswellen wahrnehmen liessen. — In Bezug auf die Versuchsanordnung sei auf das Original verwiesen.

Behr-Riga.

---

548) **Horatio C. Wood:** The choreic movement.
(The journal of nervous and mental disease. April 1893.)

W. geht von dem Standpunkte aus, dass die Chorea der Hunde in allen wesentlichen Punkten identisch sei mit der Chorea der Kinder. Er studirte daher an choreatischen Händen, ob es gelinge, die krankhaften Bewegungen zu hemmen. Zunächst gelingt es durch Durchschneidung des Rückenmarks, eine mehr oder weniger lang dauernde Hemmung der choreatischen Bewegungen zu erzielen. Vorzüglich aber betont W., dass Chinin in kleinen Dosen eine deutliche Verminderung der Bewegungen hervorruft, im Gegensatze zu Atropin, welches dieselben vermehre; er räth desshalb dringend, auch bei der menschlichen Chorea einen therapeutischen Versuch mit Chinin zu machen. Die choreatischen Bewegungen selbst werden abhängig gemacht von dem Fehlen des hemmenden Einflusses des Gehirns auf die Vorderhornzellen, welche selbst functionell geschwächt seien, wie die herabgesetzte motorische Kraft bei der Chorea zeige.

Strauscheid.

---

549) **Charles Henry Brown** (New-York): A contribution to the etiology of chorea.
(The journal of nervous and mental disease. Aug. 1893.)

Ein 11jähriger Knabe hatte vor 2 Jahren, 6 Monate nach einem Fall und heftigem Schreck, zuerst Chorea gehabt, welche nach 10 Wochen heilte. Nach einem Jahre abermaliger kurzer Choreaanfall. Jetzt hatte er vor 8 Wochen angefangen, über heftige umherziehende Schmerzen im ganzen Körper zu klagen, bald zeigten sich über den ganzen Körper zerstreut unter der Haut mittelweiche Knoten von der Grösse eines Stecknadelknopfes bis zu der einer Mandel. 6 Wochen nach dem Auftreten dieses Leidens zeigte sich wieder Chorea. Zugleich schwoll das Fuss- und Handgelenk an und wurde schmerzhaft. Bei einer Zählung der Hautknoten fand man deren 150 an dem kleinen zarten Knaben.

Es sind diese subcutanen Knoten stets von anderen rheumatischen Erscheinungen begleitet, häufig von Herzkrankheiten und Chorea. Verf.

bespricht dann kurz die in der Aetiologie der Chorea vorzüglich in Betracht zu ziehenden Momente, wie Heredität, Alter, Geschlecht, Schwangerschaft, Shock und Rheumatismus, ohne hierbei wesentlich neue Gesichtspunkte beizubringen. Strauschnid.

---

550) **William Browning** (Brooklyn): The epileptic interval — its phaenomena and their importance as a guide to treatement.

(The journal of nervous and mental disease. June, July, Aug. 1893.)

Verf. hat bei einer grösseren Anzahl von Epileptikern alle diejenigen krankhaften Erscheinungen, welche sich in den Zwischenpausen der Krampfanfälle noch erkennen liessen, zum Gegenstande seines besonderen Studiums gemacht. Schon früher hatte er auf die Ungleichheit der Pupille aufmerksam gemacht (siehe dieses Centralblatt 1893, p. 82); jetzt bespricht er zunächst das ziemlich häufige Vorkommen von Hippus pupillae.

Verf. erörtert dann kürzer die übrigen Augenanomalien, bespricht ausführlich die Herzaffectionen, die Veränderungen des Pulses nach Zahl, Rhythmus etc., die Störungen der Verdauung und der einzelnen Verdauungsorgane, die Krankheiten der Nase, der Ohren, Constitutionsanomalien, sowie nervöse Beschwerden. Ein Theil der behandelten Affectionen, die genauer durchzugehen hier zu weit führen würde, können in ursächlicher Beziehung zu der Epilepsie stehen. Alle Anomalien verdienen bei der Behandlung der Epileptischen die weitestgehende Berücksichtigung neben der gewöhnlichen Epilepsiebehandlung, welche letztere oft erst hierdurch zu einer voll wirksamen wird. Strauscheid.

---

551) **Christo N. Tatartschef** (aus Resua, Macedonien): Beschäftigungsneurose.

(Berliner Inauguraldissertation 1892.)

Eine gute monographische Bearbeitung der bisher beobachteten Beschäftigungsneurosen (nach Aetiologie, Symptomatologie, Pathogenese, Verlauf, Diagnose, Prognose und Therapie) an der Hand der Litteratur und von 20 Fällen, welche Verf. in der Mendel'schen Poliklinik beobachtet hat.

Was die Aetiologie in diesen 20 Fällen anlangt, so entstand die Krankheit bei einem Pistonspieler in Folge eines Furunkels an der rechten Oberlippe, bei einem Kassirer (Schreibkrampf) nach einer Abscesseröffnung über dem os hamatum und lunatum; bei einem Klempner war die Ursache der Krankheit ein Sturz auf das rechte Ellenbogengelenk, bei einem Schankwirth (Potator) das Tragen eines mit Biergläsern gefüllten Korbes; bei einem Möbelhändler entwickelte sich das Leiden (Schreibkrampf) durch die mit der Pflege einer schwerkranken Frau verbundenen körperlichen Strapatzen und psychische Erregung. In den übrigen Fällen wurde als ätiologisches Moment Ueberanstrengung, Zug, Rheumatismus, in einem Falle hereditäre Belastung angesehen (Vater und einige Geschwister leiden an Zittern, ein Bruder ausserdem an Schreibkrampf, Patient selbst leidet seit der Kindheit an Kopfschmerzen).

Die Krankheit begann in 2 Fällen mit Zittern des Zeigefingers und Daumens, in 6 Fällen mit Schwäche und Ermüdung der Hand, in 4 Fällen mit Erschlaffung; in den übrigen waren Schmerzempfindungen und Gefühl-

losigkeit vorwiegend. Ueberhaupt war die Krankheit in den meisten Fällen von Sensibilitätsstörungen begleitet, welche in manchen Fällen den Anfang bildeten. In 9 Fällen führte das Leiden zur Arbeitsunfähigkeit, in den anderen zu nicht so bedeutenden Störungen. Der objective Befund bestand hauptsächlich in Schmerzhaftigkeit einzelner Nerven, Gelenke, Wirbel und Muskeln. Die electrische Reaction war in den meisten Fällen nicht verändert.

Die Therapie bestand fast ausschliesslich in electrischer Behandlung. Dadurch wurden 3 Kranke geheilt und 2 gebessert, während eine Patientin schliesslich durch Thermalbäder in Teplitz geheilt wurde. Hoppe.

---

552) **C. v. Monakow:** Ueber spasmodische Dysphagie.
(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1893. 15. April.)

Bei einer 22jährigen Hysterika traten im Anschlusse an traurige Familienereignisse dysphagische Erscheinungen auf. Es zeigten sich periodisch auftretende Zustände, in denen der Bissen zunächst einige Zeit unter dem Sternum stecken blieb und erst später unter Anstrengung in den Magen gebracht wurde. Bald darauf wurde während solcher Anfälle die Nahrung, die normal geschluckt worden war, kurze Zeit nach der Aufnahme ohne Uebelkeit geräuschlos regurgitirt, ohne in den Magen zu gelangen. Eigentliches Erbrechen war nie vorhanden. Derartige Anfälle traten je nach der Gemüthsstimmung verschieden häufig auf und dauerten verschieden lange, um manchmal plötzlich aufzuhören. Die Sonde liess sich anfangs nach Ueberwindung des Cardiakrampfes in den Magen einführen.

10 Jahre nach dem ersten Auftreten des Leidens hatte sich dieses so verschlimmert, dass während 4 Wochen ununterbrochenes Regurgitiren nach jeder Nahrungsaufnahme auftrat und Pat. desshalb per clysma ernnährt werden musste. Mittels der Sonde war eine Fütterung nunmehr unmöglich. Unter Inanitionserscheinungen trat Sept. 1892 der Tod ein.

Bei der Section zeigte sich im Oesophagus eine mächtige trichterförmige Ectasie. Die hintere Wand erschien stark gedehnt und nach vorn getrieben, sie legte sich um die vordere derart, dass eine Axendrehung des Oesophagus dicht oberhalb der Cardia und mit Bildung einer tiefen länglich verlagernden Knickungsstelle entstand. Durch diese Torquirung des untersten Oesophagusabschnittes wurde die Cardia klappenartig abgeschlossen. Der Zugang zum Magen war aber frei, die Sonde passirte ohne Schwierigkeit die Cardia, deren Eingang mässig stenosirt war.

Es handelt sich hier um ein zweifellos primär rein functionelles Leiden, das sich auf hysterischer Basis entwickelt hatte. Die lange andauernden functionellen Störungen haben schliesslich beträchtliche organische Veränderungen im Gefolge gehabt. Strauscheid.

---

553) **Nicolajevic:** Ueber die Beziehungen der Tetanie zur Hysterie.
(Wien. med. W. 1893, S. 526.)

Ein zweifellos hysterisches 26 Jahre altes Mädchen bekommt zeitweise, alternierend mit hysterischen, Anfälle, die Verf. als Tetanie auffasst. In folgenden Punkten weichen sie jedoch vom typischen Bild der Tetanie ab: sie treten nur nach psychischen Erregungen auf; das Trousseau'sche Phänomen ist nur unmittelbar vor dem Anfalle vorhanden, verschwindet im

Uebrigen; jedem Anfalle geht ein Laryngospasmus voraus, das Erb'sche Phänomen (gesteigerte electrische Erregbarkeit der motorischen Nerven) fehlt und endlich Brombehandlung erzielt wesentliche Besserung und Cessiren der Anfälle. Diese Abweichungen vom Typus veranlassen den Verf., in diesem Falle die Erscheinungen der Tetanie als Aeusserungen der Hysterie aufzufassen.

Lehmann (Werneck).

554) **S. Freud:** Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motrices organiques et hystériques.

(Arch. de Neur. 1893, Nr. 77.)

F. giebt eine Zusammenstellung der bekannten Unterschiede zwischen organischen und hysterischen Lähmungen; die letzteren treten stets auf unter dem Bilde der von ihm in seiner Arbeit „Zur Auffassung der Aphasien" als Lähmungen der Repräsentation (im Gegensatz zu denen der Projection der Körperperipherie) bezeichneten Paralysen. Ein anatomisches Substrat für die hysterischen Lähmungen existirt nicht, selbst nicht mit der Beschränkung, dass etwa nur vorübergehend functionelle Störungen (Kreislaufstörungen etc.) in bestimmten localisirten Centren aufträten. Die Lähmung ist vielmehr die Folge eines rein psychologischen Vorgangs: die Vorstellung „Arm, Bein etc." tritt in äusserst feste associative Verbindung mit einer anderen Vorstellung, z. B. der eines Traumas und diese Association geht unter besonders lebhafter Affectbetonung vor sich. Bevor dieser Affectzuwachs nicht durch bewusste Denkarbeit oder durch eine adäquate motorische Reaction „abreagirt" ist, ist die Organ-Vorstellung so fest gebunden, dass sie aus dem normalen Ablauf der übrigen Associationen vollständig ausgeschaltet ist. Diese feste associative Verknüpfung geht unter der Schwelle des normalen Bewusstseins vor sich. Die Lähmung beruht also auf einer rein functionellen Alteration bei völliger Intactheit der Vorstellung selbst.

Falkenberg-Lichtenberg.

555) **M. P. Janet:** Quelques définitions récentes de l'hystérie.

(Arch. de Neurol. 1893, Nr. 76 u. 77.)

J. versucht in dieser gedankenreichen und inhaltvollen Arbeit, deren genaue Wiedergabe in dem engen Rahmen eines Referates schwer möglich ist, eine Analyse und Erklärung der verschiedenen Symptome und Erscheinungsformen der Hysterie vom psychologischen Standpunkte. Er giebt zunächst eine kritische historische Uebersicht über die mannigfaltigen Definitionen, zu denen gerade diese Krankheit seit langem herausgefordert hat und bespricht dann die Beziehungen des Somnambulismus zur Hysterie und die Bedeutung der Verdoppelung der Persönlichkeit, wobei er namentlich die jüngst erschienene Arbeit von Freud und Breuer würdigt. Er macht ferner aufmerksam auf die stets vorhandene Einschränkung des champ de conscience: Die Zahl der einfachen oder relativ einfachen Phänomene, die in jedem Augenblick den Bewusstseinsinhalt ausmachen, resp. die gleichzeitig mit dem Ichbewusstsein in Beziehung treten können, ist bei den Hysterischen weit kleiner als bei den Gesunden; die Fähigkeit der Synthese psychischer Elementarvorgänge ist eine weit geringere; die Definition, zu der J. schliess-

lich gelangt, lautet: „Die Hysterie ist eine Form geistigen Zerfalls, die durch die Neigung zu andauernder und vollkommener Verdoppelung der Persönlichkeit gekennzeichnet wird.“

Falkenberg-Lichtenberg.

---

556) **A. Bardol** (Paris): De l'hystérie simulatrice des maladies organiques de l'encéphale chez les enfants.

(Nouvelle iconographie de la Salpêtrière 1892, Nri 6, 1893, Nr. 1, 2, 3.)

In dieser werthvollen Arbeit bespricht Verf. die verschiedenen Aeusserungen der Hysterie im Kindesalter, insofern dadurch organische Krankheiten des Gehirns theils diffuser, theils localer Natur vorgetäuscht werden. Er bringt hierbei einige neue noch nicht veröffentlichte derartige Beobachtungen von hohem Interesse,. Leider können wir hier nicht auf die einzelnen Details der Arbeit eingehen, sondern müssen uns begnügen, die „allgemeinen Folgerungen, zu denen Verf. gelangt, kurz zu erwähnen.

Die Hysterie des Kindesalters unterscheidet sich nicht wesentlich von der der Erwachsenen; sie kann wie bei diesen dauernde, anhaltende Krankheitserscheinungen hervorrufen, welche organische Erkrankungen des Nervensystems vortäuschen.

Die Hysterie vermag sowohl Herdläsionen wie disseminirte Hirnerkrankungen in ihrem Symptomenbild nachzuahmen. Zu den ersteren gehören die spastische Hemiplegie der Kinder, die Convulsionen, die Contracturen und Monoplegien corticalen Ursprungs, die Aphasie, die Hemiplegia alternans, die Amaurosis und die Ptosis; zu den letzteren die acute wie die chronische Meningitis.

Meistens handelt es sich in diesen Fällen, wo die Hysterie in Frage kommt, einzig und allein um Hysterie, und nur selten ist diese bei Kindern mit anderen Hirnkrankheiten verbunden.

Die Diagnose hat sich genau an die für die Diagnostik der Hysterie heute allgemein anerkannten Regeln zu halten. Die Prognose und Therapie sind durch die Diagnose bestimmt. Strauscheid.

---

557) **H. Higier** (Warschau): Ueber hysterisches Stottern.

(Berl. kl. Wochenschrift 1893, Nr. 34.)

H. macht auf ein bisher wenig beobachtetes Symptom bei der Hysterie aufmerksam, wobei er die wenigen Mittheilungen von Cartaz, Ballet, Tissier, Bödecker. L. Kramer und Pitres über stotternähnliche Sprachstörungen kurz referirt. H. hat im letzten Jahre Gelegenheit gehabt, 4 Fälle von hysterischem Stottern zu beobachten, von denen er 2 ausführlicher mittheilt.

Im ersten Falle, welcher eine 21jährige, verheirathete hereditär belastete Hysterica betraf, traten die Sprachstörungen nach einer (durch Schreck über einen Brechdurchfall hervorgerufenen) Lähmung der Beine ein, die mit vollständigem Mutismus combinirt war. Tags darauf zeigten sich an Stelle des Mutismus characteristische Phonations- und Articulationsstörungen, die in unregelmässigen Intervallen mit Aphonie wechselten. Sie dehnte die einzelnen Silben stark aus, stockte vor jedem Consonanten, den sie mehrmals hintereinander wiederholen musste, stiess, wenn sie auch

manchmal mehrere Silben ohne Hinderniss hervorbrachte, immer wieder auf neue Schwierigkeiten, bei welchen sie sich länger aufhielt, als gewöhnliche Stotterer und schickte zuweilen den auszusprechenden Lauten nicht hingehörige Buchstaben oder Silben voraus, was ihr das Vorwärtskommen zu erleichtern schien. Die Sprachstörungen traten nicht nur in der gewöhnlichen Rede auf, sondern auch beim Aufzählen geläufiger Begriffsreihen oder Aufsagen bekannter Sprüche, Gebete etc. und wurden durch jede Aufregung bedeutend gesteigert. Sie besserten sich aber im Verlauf von 3—4 Tagen theils durch Faradisation der Kehlkopfmuskeln, theils durch Suggestion im wachen Zustande, während die übrigen Symptome erst allmälig schwanden.

Nach einigen Monaten kam sie mit neuen Klagen wieder. Neben einfachen Sensibilitätsstörungen und concentrischer Gesichtsfeldeinengung bestand Aphonie und exquisites Stottern, welches mehrere Tage anhielt, aber nur in Anfällen von 5—10 Minuten Dauer auftrat.

Der zweite Fall betrifft einen 18jährigen Uhrmacher aus exquisit nervöser Familie (10 Schwestern und seine Cousinen leiden an nervösen oder geistigen Krankheiten), welcher in den letzten 7 Jahren allerlei hysterische Störungen durchgemacht hat. Derselbe erlitt 3 Wochen vor seiner Aufnahme ins Krankenhaus einen Anfall von „hysterischer Apoplexie", der von 5tägiger Sprachlosigkeit, halbseitigen motorischen und sensitivosensoriellen Störungen gefolgt war. Im weiteren Verlaufe traten 2 hysteroepileptische Anfälle ein, die von kurz dauerndem Stottern begleitet waren.

Die kurze Dauer und die häufige Recidive, die Abwesenheit des eigentlichen Scandirens, die hysterischen Erscheinungen dürften das hysterische Stottern vom gewöhnlichen Stottern und den organischen Sprachstörungen genügsam unterscheiden. Hoppe.

---

558) **Tom Robinson**: Sudden death in a case of hysterical vomiting. (The Lancet. 10. Juni 93.)

Ein Mädchen hatte während ihrer Pubertätszeit verschiedene hysterische Symptome gezeigt; sie heirathet, macht 2 Entbindungen durch und erwirbt das letzte Mal Parametritis. Ende 91 begann sie zu erbrechen und erbrach bis zu ihrem Tode am 25. Mai 93. Seit März 93 in Behandlung von R. Bei der Untersuchung keine organische Affection zu entdecken. Hauptsymptom: Uebelkeit ohne Schmerz. Nahrung wird spontan sofort oder nach einer halben Stunde erbrochen. Grosse Abmagerung, kalte Extremitäten, subnormale Temperatur, ängstlicher Gesichtsausdruck, Reizbarkeit. Menses fehlen seit einem Jahr. Plötzlicher Tod. Section ergab: Magenerweiterung und verdünnte Magenwand, Muskelballen des Herzens dünner als normal, linker Ventrikel schlaff, [NB. Microscop. Untersuchung der Herzmuskulatur fehlt! Ebenso fehlen Angaben über das Centralnervensystem. Bei der vorhandenen Magendilatation können wir uns dem Schluss, dass es sich um hysterisches Erbrechen gehandelt habe, nicht anschliessen. Ref.]

Wichmann.

---

559) **Kernig**: Ueber das blutige Sputum der Hysterischen. (St. Petersb. M. W. 1893, p. 199.)

Im Anschluss an die bekannte Mittheilung E. Wagner's berichtet K. über 4 Fälle aus seiner Praxis. In allen handelte es sich um dunkelblutig-

seröse Flüssigkeit mit grauröthlichem Bodensatz, die durch Monate, einmal 3 Jahre hindurch gleichmässig und fast immer Morgens ausgeworfen wurde von Personen, deren Luftwege und Lungen normal sich erwiesen oder bei denen die vorhandenen Abnormitäten in gar keinem Verhältnisse standen zu der langen Dauer des blutigen Auswurfs. Wie bei Wagner's Fällen handelte es sich um weibliche Individuen im zweiten und dritten Jahrzehnt mit mehr oder weniger deutlichen hysterischen Symptomen. Microscopischer Befund (massenhafte Pflasterepithelien) und chemische Untersuchung weisen auf die Mundhöhle hin als Ursprungsstätte dieses Auswurfs.

Mercklin.

---

560) **Chouppe**: De la paralysie faciale hystérique.
(Le Bulletin médical 1893, Nr. 73.)

Die hysterische Facialisparalyse bietet ein ziemlich variables, aber immerhin doch characteristisches Bild. Sie stellt sich zumeist in der von Convulsionen freien Zeit ein; oft genug auch im Anschluss an hysterische oder hysterisch-apoplectische Anfälle, sowie nach Gemüthsbewegungen; nicht selten kommt es aber auch vor, dass die Paralyse unbemerkt sich herausbildet. — Ebenso variabel wie der Beginn dieses Leidens ist auch seine Dauer, die sich entweder auf nur sehr kurze Zeit oder auch auf ganze Jahre bemessen kann. Zumeist weicht es nach mehreren Monaten einer einschlägigen Therapie; in einzelnen Fällen kann es plötzlich verschwinden. Häufig kommen Remissionen oder Exacerbationen während des Bestehens vor; auch unter dem Einflusse der Menopause hat man solchen Wechsel in der Intensität beobachtet.

Die Lähmung ist zumeist nur paretischer Natur, doch kommen auch wirkliche Paralysen vor, die einen centralen und selbst einen peripheren Ursprung vortäuschen können. — Am häufigsten wird nur der untere Facialisast befallen. Eine nicht seltene Erscheinung bildet die von Babinski sogenannte systematische Form, d. h. die hysterische Lähmung hat ein oder mehrere Systeme von Bewegungen ergriffen.

Recht häufig combinirt sich die hysterische Facialisparalyse mit Sensibilitätsstörungen. Von diesen herrscht die Anästhesie vor; jedoch empfindet wieder in anderen Fällen der Kranke Hitze, aber nicht Kälte, oder er fühlt Berührung, aber nicht Stechen etc. Das Characteristische für solche Sensibilitätsstörungen besteht darin, dass sie sich auf die paretische Zone beschränken.

Für die Diagnose auf die hysterische Natur der Facialislähmung sind von Wichtigkeit: die hereditäre und persönliche Anamnese, das gleichzeitige Vorhandensein von hysterischen Stigmata und das Auftreten nach Convulsionen oder Emotionen. Ferner sprechen für einen hysterischen Ursprung das doppelseitige Auftreten und das Ergriffensein des untersten Astes, die Dauer und Variabilität der Lähmung und die systematisirte Form.

Differentialdiagnostisch kommen in Betracht:

1. Die Facialislähmung bei Urämie (urämische Monoplegien Raymond's). Hier ist die Urinuntersuchung ausschlaggebend.
2. Die Facialislähmung in Verbindung mit Migraine ophthalmique bei Atheromatösen. Hier erleichtern die Errscheinungen der Migräne die Diagnose.

3. Die periphere Facialislähmung nach Erkältungen oder durch Läsion der Nerven in seinem Verlaufe. Für hysterischen Ursprung sprechen dann: des Befallensein des unteren Astes, das Erhaltensein der synergischen Bewegung, das stärkere Ausgeprägtsein der paralytischen Maske in der Ruhe als bei Bewegungen, das normale Verhalten der electrischen Erregbarkeit und die Combination mit Sensibilitätsstörungen.
4. Die centrale Facialislähmung. Dieselbe bietet mit der hysterischen Form zwar mancherlei Berührungspunkte, so die Verbindung mit Hemiplegien der Extremitäten, das hauptsächliche Ergriffensein des unteren Astes, das Erhaltensein der synergischen Bewegung, der Wechsel in der Intensität (bald Paralyse, bald Parese), das Hinzutreten von Anästhesien (bei Läsionen der Hinterstränge in der inneren Kapsel) und das Auftreten nach apoplectiformen Anfällen; jedoch sprechen zu Gunsten eines hysterischen Ursprunges folgende Gesichtspunkte: a) die häufige Systematisation, b) es folgen die paretischen Störungen nicht exact der Vertheilung des unteren Facialisastes, sondern gewisse Muskeln sind mit Vorliebe gelähmt, andere nicht in solchem Grade, c) die Eigenschaften der Hemiplegie sind verschiedene, d) auch die Anästhesie ist eine verschiedene, e) die Störungen im Gesicht sind zumeist doppelseitige: auf einer Seite Paralyse, auf der anderen Hemispasmus. Trotz alledem bleibt die Differentialdiagnose zwischen centraler und hysterischer Facialislähmung eine recht schwierige.
5. Der hysterische Gesichtshemispasmus, insofern einseitig auftretende Krämpfe im Facialisgebiet leicht als Lähmungen der anderen Seite imponiren können. Für Spasmus sprechen: das Abweichen der Zunge nach der Seite der nach oben verzogenen Lippencommissur, die ziemlich starke Torsion derselben, sowie die zeitweilig auftretenden fibrillären Zuckungen in den afficirten Muskeln. Buschan.

---

561) **J. W. Putnam**: Sleep movements of epilepsy.
(The journal of nervous and mental disease. Aug. 1892.)

Verf. beobachtete, dass Epileptiker, wenn sie unruhig schlafen, oft immer nur eine und dieselbe Extremität, oder eine Körperseite, eine bestimmte Muskelgruppe etc. bewegten. Er glaubt, dass diese unwillkürlichen Bewegungen Aufschluss geben könnten über den Sitz der der Epilepsie zu Grunde liegenden Cerebralaffection. Strauscheid

---

562) **Harald Holm**: Om epilepsiens patologiske anatomi og patogenese.
(Nord. med. Arkiv 1893, Nr. 15.)

Als Epilepsie rechnet der Verf. Fälle von periodisch eintretender, plötzlicher Bewusstlosigkeit, bei welchen in der Regel Convulsionen, die einen bestimmten Typus haben, auftreten, und wo keine gröberen, für das blosse Auge leicht wahrnehmbaren Veränderungen des Centralnervensystems vorliegen. Er giebt eine Uebersicht über die in der Litteratur beschriebenen pathologisch-anatomischen Veränderungen der Epilepsie. Selbst hat er das Centralnervensystem von drei Epileptikern untersucht, deren Gehirne bez. 1210, 1230 und 1590 Gramm wogen. Er fand in diesen Fällen eine Vermehrung der Gliazellen und eine Verdickung der Ausläufer derselben,

bedeutende Gefässneubildungen mit Ganglienzellendegeneration und Schwund der Nervenfaserausbreitung, in der Regel jedoch nur an den Seitenflächen der gyri. Die Affection betraf vornehmlich die insula Reilii, gyri recti und gyri fornicati. Ausserdem fand er Degeneration der motorischen Bahnen in der capsula int. und pons, der Pyramidenbahnen in der Med. obl. und namentlich in der Med. spinalis. In den wenigst afficirten Theilen der Gyri fand er im ersten Falle, dagegen nicht in den zwei anderen, eine colloide Degeneration der Ganglienzellen.

Die Pathogenese der Epilepsie betreffend ist als erwiesen anzusehen, dass der Anfall von einer Corticalaffection bedingt werden kann. Für die Generalisation des Anfalls ist eine Irritation der bulbären und spinalen Bahnen nothwendig. Eine solche wird durch die vorgefundene Degeneration dieser Bahnen erklärt. Die Ursache des eigentlichen Anfalles ist der Verf. geneigt auf einen vasomotorischen Process, wodurch im Centralnervensystem eine venöse Stase mit acutem Oedem eintritt, zurückzuführen. In einigen Fällen hat er eine günstige Wirkung kleiner Dosen Phosphors wahrgenommen. Er meint diese aus einer specifischen Wirkung des Phosphors auf degenerative Vorgänge des Centralnervensystems erklären zu können.

Koch (Kopenhagen).

563) **Alex. James**: On a case of epilepsy presenting some peculiar features. (Edinburgh med. Journ., März 1893.)

Ein 10jähriger, gut entwickelter Knabe, der bisher stets gesund war und nie an Krämpfen gelitten hatte, wurde vor 18 Monaten überfahren und bekam von der Wagendeichsel einen Stoss an die linke Stirnseite. Er verlor das Bewusstsein. Die Verletzung der Weichtheile war geringfügig. Am Tage nach diesem Unfalle hatte er den ersten epileptischen Anfall. Seitdem traten diese Anfälle zweiwöchentlich und zwar stets Nachts auf; in dem letzten Monat jedoch nahm die Zahl der Anfälle sehr zu: dieselben kamen aber ebenfalls nur Nachts zum Ausbruch. Dem Anfall geht als Aura ein Schmerz in dem Ballen der linken grossen Zehe voraus. Mitunter gelingt es dem Kranken, wenn er während der Aura den linken Schenkel oberhalb des Knies mit beiden Händen umfasst und fest zusammenpresst, den Anfall zu unterdrücken. Im Anfall werden zuerst die Beine, dann die Arme, zuletzt das Gesicht vom Krampf befallen. Im Uebrigen unterscheiden sich die Anfälle in nichts von dem bekannten Bild der echten Epilepsie. Zwischen den einzelnen Attacken ist der kleine Patient vollkommen wohl, nur sind die Patellar- u. Achillessehnenreflexe stark gesteigert. Da weder trotz sorgfältigster Untersuchung am Gehirn eine durch das Trauma verursachte Erkrankung, noch irgend eine periphere Läsion, auch nicht an dem Ort der Aura, constatirt werden kann, so ist Verf. der Ansicht, dass der Fall nicht als echte traumatische Epilepsie aufzufassen sei. Er glaubt, dass bei dem Knaben eine Dispositiou für dieses Leiden angeboren sei, da der Vater ein reizbarer dem Trunk ergebener Mann ist. Der Unfall ist nur als die Gelegenheitsursache anzusehen, die die latente Krankheit zum Ausbruch gebracht hat. Unter Bromgebrauch wurden die Anfälle seltener. Um dem Kranken die zum Unterdrücken des Anfalls geeignete Manipulation zu er-

leichtern, wurde ihm ein Ledergurt oberhalb des Knies angelegt, mit dem er die Schenkel schnell und stark zusammendrücken kann.

Bielschowski (Breslau).

---

564) **F. R. P. Taylor**: Asthma replacing epileptic fits in an idiot.
(The Lancet, 10. Juni 93.)

Ein 31jähriges idiotisches Weib; die Idiotie entstand nach Krämpfen während der Zahnung im ersten Lebensjahre. Keine neuropathische Familiengeschichte. Alle Geschwister gesund. Eltern gesund und nicht blutsverwandt. Am 7. Juli 1876 wird sie im Earlswood Asylum aufgenommen. Zwei Monate später erster Krampfanfall. Seitdem durchschnittlich 2 – 3 monatlich bis zum Jahre 1893; seitdem häufiger; 10 Anfälle im Monat. Allgemeinzustand sonst gut. Kein Husten, keine Athemstörung. Am 9. und 12. Mai Krampfanfall. Am letztgenannten Tage ging sie gesund zu Bett und bekam dann einen Asthma-Anfall, welcher mit geringen Remissionen 57 Stunden anhielt, bis zum 15. Mai, wo sie einen mässigen epileptischen Anfall bekam, mit welchem das Asthma aufhörte. Chloroform, Amylnitrit, Chloral, Brom waren wirkungslos. Einathmung von Charta nitrata-Dämpfen bewirkte etwas Erleichterung.

Wichmann.

---

565) **A. Le Dentu** (Paris): Elongation et résection du nerf médian pour deux cas de névrite traumatique.
(Nouvelle iconographie de la Salpêtrière 1893, Nr. 2.)

Ein Mann, welcher in eine Fensterscheibe gefallen war, trug hierbei eine rasch heilende Schnittwunde am Vorderarm, sowie eine Distorsion des Handgelenkes davon. Nach Heilung der Wunde und Verschwinden der anfänglichen Schmerzen blieb eine Lähmung und Anästhesie der Hand im Medianusgebiete übrig, es bildeten sich an Daumen, Zeige- und Mittelfinger Blasen, die theilweise ulcerirten. Die Vorderarmwunde hatte nicht im Bereiche des Medianus gelegen und zeigte derselbe bei seiner Freilegung keine Veränderung. Also musste der Nerv bei der Distorsion des Handgelenkes geschädigt worden sein. Als er hier freigelegt wurde, war er in der That verdickt, trübe und mit seiner Scheide fest verwachsen; er wurde nun frei präparirt und gedehnt. Der Erfolg dieser Operation war ein eclatanter. Die seit $2^1/_2$ Monaten bestehenden trophischen, motorischen und sensiblen Störungen waren innerhalb $2^1/_2$ Wochen völlig verschwunden und Patient wieder ganz hergestellt.

Ein anderer junger Mann hatte ebenfalls durch Glas sich eine tiefe Wunde 3 cm über dem Handgelenke direct über dem medianus liegend zugezogen; die Wunde heilte bald. Aber es blieb eine Anästhesie und Paralyse im Medianusgebiete zurück. Hierzu gesellten sich nach zwei Monaten tiefgehende Geschwüre an den Endphalangen des Mittel- und Zeigefingers. An dem ersteren war bald der Knochen freigelegt, der der Necrose anheimfiel. Verf. nahm als Ursache des Leidens eine Entzündung des Nerven an, der wahrscheinlich bei der Verwundung theilweise durchschnitten war. Er legte desshalb den Nerven an der Stelle der Narbe frei und fand, dass hier nur noch ein schwacher Nervenstrang vorhanden war, der mit zwei knotigen Verdickungen innig verbunden war und zugleich im Narbengewebe fest-

gewachsen war. Die knotig verdickte Partie des Nerven wurde resecirt und dieser dann aneinander genäht. Auch hier war der Verlauf ein günstiger. Nach 3 Monaten war Patient fast völlig geheilt. Die knotigen Verdickungen des Nerven waren, wie die microscopische Untersuchung zeigte, Neurombildungen, der übrige Theil des Nerven war stark sclerosirt.

Ausser der chirurgischen Therapie sind in den vorliegenden Fällen von besonderem Interesse die trophischen Störungen, welche sich an eine traumatische Neuritis anschlossen. Zumal im zweiten Falle glichen dieselben vollständig den bei Syringomyelie (Morvan'scher Krankheit) und Lepra beobachteten trophischen Störungen. Wenn nun auch hier durch die Anamnese die Diagnose von vornherein gegeben war, so kann dieselbe in Fällen von nicht traumatischer Neuritis gegenüber den genannten anderen Krankheiten erhebliche Schwierigkeiten bieten. Strauscheid.

---

566) **W. Körte**: Ein Fall von geheilter Schädelverletzung mit Knochenimplantation. (Vortrag in der Berl. med. Gesellschaft, 28. IV. 1893.)

(Berl. klin Wochenschr. 1893, Nr. 31.)

Der Patient kam in leicht bewusstlosem Zustande mit einer durch einen Hieb mit einer Mistgabel herbeigeführten complicirten Schädelfractur ins Krankenhaus. Die stark verunreinigte Wunde (7 cm lang, 3,5 cm breit) verlief an der rechten Schädelseite in der Gegend der vorderen Centralwindung, der Knochen war in sehr viele Theile zerbrochen und tief eingedrückt. Die Knochentheile wurden herausgenommen, sorgfältigst desinficirt, in warmer Kochsalzlösung aufbewahrt und nach vollkommener Reinigung der Wunde der Defect mit denselben mosaikartig wieder ausgefüllt. Die Heilung verlief glatt und fieberlos, nur stellten sich am fünften Tage nach der Operation linksseitige Krämpfe ein, welche an den Extensoren des Vorderarms begannen, auf die ganze Vorderarmmuskulatur übergingen, dann die Gesichts- und Halsmuskulatur und schliesslich auch die unteren Extremitäten ergriffen. Am 7. Tage entschloss sich K. daher, die Wunde wieder zu eröffnen, wobei sich zeigte, dass die Knochenstücke bereits organische Verbindung mit dem Schädel hatten. Beim weiteren Vordringen fand sich an der obersten Gehirnwindung ein Herd aus Blutgerinnsel und zerquetschter Gehirnmasse, welcher entleert wurde. Der durch Wegnahme eines kleinen Knochenstückchens entstandene Defect wurde lose mit Jodoformgase tamponirt. Die Krämpfe traten noch 2- oder 3mal auf, dann erfolgte völlige Heilung. Hoppe.

---

567) Dr. **A. Erlenmeyer** in Bendorf a. Rh.: Ueber die Anwendung der chirurgischen Revulsivmittel bei Gehirn- und Nervenkrankheiten. (Nach einem am 19. Nov. 1892 im psychiatrischen Verein der Rheinprovinz zu Bonn gehaltenen Vortrage.)

(Deutsche Medicinal-Zeitung 1893, Nr. 61—64.)

Die chirurgischen Revulsivmittel sind von uns der jüngeren Generation von Aerzten stark vernachlässigt worden, trotzdem sie, wie die Berichte aus der älteren Litteratur uns zeigen, gerade bei der Behandlung gewisser Hirn- und Rückenmarkskrankheiten einen nicht zu unterschätzenden Heilfactor abgaben. — Erlenmeyer, auf dessen langjährige Erfahrungen wir uns

wohl berufen können, tritt von neuem für dieselben ein. Er erklärt sich die Wirkungsweise dieser chirurgischen Revulsiva, zu denen er die Pinselungen mit Jodtinctur, die trockenen Schröpfköpfe, die Blasenpflaster, die Points de feu, das Haarseil und die Einreibungen mit Pockensalbe stellt, in der Weise, dass durch den auf die Haut gesetzten Reiz die Circulation sowohl an der Reizstelle wie in der Tiefe verändert wird, dass eine andere Zu- und Abfuhr der Blutmassen entsteht, dass das erkrankte Gewebe besser durchspült wird, dass dort abgelagerte Stoffwechselproducte weg- und neues gutes Nährmaterial angeschwemmt werden. Dementsprechend sind dieselben indicirt, wo Zustände abnormer Blutvertheilung, wie Fluxion, Congestion, chronische Hyperämie, acute, subacute und chronische Entzündung mit Exsudation zu beseitigen sind. — Verfasser bespricht die angeführten Revulsivmittel, wobei er Gewicht auf die Technik ihrer Anwendung legt, der Reihe nach durch, giebt die Indicationen für dieselben und illustrirt seine Ausführungen durch eine Reihe instructiver Krankengeschichten.

Auf die warme Befürwortung Erlenmeyer's hin dürfte es sich empfehlen, diese obsolet gewordenen Mittel wieder zu versuchen.

Buschan.

---

568) **W. Körte**: Ueber einen operativ behandelten Fall von Wirbelbruch. — Vortrag in der Freien Vereinigung der Chirurgen Berlins 12./XII 1892. (Berl. klin. Wochenschr. 1893, Nr. 22.)

Nach einem Ueberblick über die Litteratur und Besprechung der Diagnose der Wirbelfracturen und der Indicationen zu ihrer Operation, sowie der Technik derselben theilt K. einen Fall von Wirbelverletzung mit, welcher einen 30jährigen Kutscher betraf, als derselbe auf einem Wagen sitzend durch einen niederen Thorweg fuhr. Sofort darauf war er gelähmt und empfand heftige Schmerzen am Rücken. — Bei seiner Aufnahme ins Krankenhaus (Tags darauf) bestand völlige Lähmung vom Nabel abwärts, Sensibilität und Motilität war aufgehoben, die Reflexe erloschen, die Blase gelähmt, die Haut der Gluteal- und Kreuzbeingegend zeigte bereits trophische Störungen (Röthung, oberflächliche Blasenbildung), während zwischen 11. und 12. Br. W. eine Vertiefung vorhanden war und der Dornfortsatz des 12. Br. W. eingedrückt erschien. —

Da der schwere Fall bei conservativer Behandlung für aussichtslos gelten musste, wurde 16 Stunden nach der Verletzung die Operation gemacht: Lappenschnitt, Freilegung der Wirbelbögen (Gelenkfortsatz des 11. Br. W, stand hinter dem des 12.), Anmeisseln der beiden Bögen, Reposition.

Es gelang jedoch nicht, die Wirbel in der reponirten Lage zu halten, sondern bei Nachlassen des Zugs kehrte die Luxation wieder. Obgleich das Rückenmark ohne Druck freilag, änderte sich absolut nichts an der Lähmung, welche am 11. Tage durch hämorrhagische Cystitis zum Tode führte.

Bei der Section zeigten sich die Gelenkverbindung zwischen dem 11. und 12. B. W. zerrissen, die Gelenkfortsätze z. Thl. abgebrochen, die spongiöse Substanz des 12. B. W. eingedrückt, das Rückenmark an der Stelle necrotisch erweicht, die Dura jedoch unversehrt.

In der Discussion besprachen Nasse und Sonnenberg genauer die Indicationen zur Operation der Wirbelbrüche, welche sie nur in den seltensten Fällen für gegeben erachten, da meist im Augenblicke der Verletzung eine totale Quetschung des Rückenmarkes erfolge, welche auch durch sofortiges Zurückgehen der Wirbelsäule in ihre frühere Lage nicht mehr rückgängig gemacht werden könne. Die Fälle, wo in Folge des Bruches Knochenvorsprünge direct auf das Rückenmark drücken (directe Fracturen der Wirbelbögen) und dadurch die Lähmung hervorrufen, seien eminent selten.

Demgegenüber betonte K., dass er in dem besprochenen Fall einen directen Bruch mit Eindrückung des Wirbelbogens angenommen hatte und dass auch er solche Brüche für geeigneter zur Operation halte als andere; dennoch könne man auch in anderen Fällen, wie die Erfahrung zeige, durch Resection der Wirbelbögen Nutzen schaffen. Hoppe.

---

569) **E. Valentine Gibson**: An analysis of one thousand cases of primeary Sciatica, with special reference to the treatment of one hundred cases by acupuncture.

(The Lancet, 15. April 93, pg. 860.)

Die Fälle von Ischias wurden in dem Devonshire Hospital, Buxton, behandelt. 88,4% waren Männer, 11,6% Frauen, ein Verhältniss fast von 8 : 1. 44,3% war rechtsseitige, 48,3% linksseitige, 7,4% doppelseitige Ischias. Die Ischias begann zwischen 15—20 Jahren in 1,4%, zwischen 21—30 Jahren (15,9%), 31 - 40 (31%), 41—50 (24,8%), 51—60 (18,7%), 61—70 (7,1%), 71—80 (1,1%). Von den 100 mit Acupunctur behandelten Fällen wurden 56% geheilt, 32% sehr gebessert, 10% gebessert, 2 nicht gebessert. Verf. empfiehlt die Punctur mit gewöhnlichen Nadeln an den schmerzhaften Stellen in die Nervenscheide hinein auszuführen (ein Verfahren, welches bei uns in Deutschland schwerlich viel Anhänger finden dürfte. Ref.) Wichmann.

---

570) **W. v. Bechterew**: Die Bedeutung der Suspensionen bei einigen Rückenmarkskrankheiten.

(Neurol. Centralbl. 1893, Nr. 18.)

Verfasser redet der in Deutschland, wie es mir scheinen will, schon wieder verlassenen Suspensionsmethode bei Rückenmarksaffectionen warm das Wort, Vermittelst des von ihm veränderten Sprimon'schen Apparates (Abbildung im Original, Beschreibung Neurol. Centralblatt 1893, Nr. 7), will B. sehr günstige Resultate bei Tabes dorsalis, noch günstigere aber bei Compression des Rückenmarks, Compressionsmyelitis, veralteten Fällen von Rückenmarkssyphilis, sowie in einigen Fällen von Querschnittsmyelitis erzielt haben. Nach B. bringt die Suspension in den Fällen von Rückenmarkscompression und von Compressionsmyelitis schon nach wenigen Sitzungen eine auffallende Besserung des Zustandes hervor. In allen Fällen äusserte sich der günstige Einfluss der Suspension durch eine mehr oder weniger auffallende Verbesserung des Ganges und Kraftzunahme in den unteren Extremitäten, durch Beseitigung von Parästhesien, durch Schwächung oder Beseitigung der Schmerzen und Hyperästhesien, durch mehr oder weniger vollständige Beseitigung der Functionsstörungen

der Blase und des Rectum, sowie durch Abschwächung der Reflexerregbarkeit von den unteren Extremitäten aus. Gleichzeitige Anwendung localer Derivantien (Cauterisation längs der Wirbelsäule) verbesserte noch die (mehr oder weniger andauernden) Resultate. Die endgiltige Wiederherstellung hängt natürlich von der Heilbarkeit der Grundkrankheit ab, wobei die Suspension nur eine unterstützende Rolle spielt.

Contraindicirt ist nach B. die Suspension in den Fällen von organischen Rückenmarksleiden, welche auf Complication mit acut entzündlichen Zuständen der Rückenmarkshäute (Hyperästhesie der Rückengegend und Rückenschmerzen) hinweisen. Hoppe.

---

571) **Bottini**: L'estirpazione del gozzo nel morbo del Basedow. Clinica chirurg. 1893.

(Referat von Massopust im Centralblatt für Chirurgie 1893, Nr. 33.)

Ein angeblich klassischer Fall Basedow'scher Krankheit, der durch Totalexstirpation der Schilddrüse geheilt sein soll. „Bei der Kranken, die sich 10 Monate nach der Operation vorstellte, waren Exophthalmus, Cardiopalmus, Gräfe'sches Zeichen geschwunden und keine Spur von Cachexia strumipriva ersichtlich.“ Im Anschluss an diesen Fall berichtet Massopust im Centralbatt für Chirurgie über einen von ihm mit Erfolg durch Unterbindung der Thyroideal-Arterien operirten Fall von Morbus Basedowii. „Mit der Abnahme des Umfanges der Schilddrüse verschwand der geringe Grad von Exophthalmus und die Tachycardie, an welcher Patient vor der Operation litt.“

Da diese kurzen Notizen nichts über die Natur des Leidens (ob gemeine oder secundäre Form) bringen, so lässt sich die vermeintliche Heilung der Basedow'schen Krankheit durch Operation nicht auf ihre Richtigkeit prüfen. Wie Referent in einer im Druck befindlichen Monographie über Morbus Basedowii darthun wird, ist bisher unter den 70 veröffentlichten Fällen von chirurgischer Behandlung dieses Leidens noch keine einzige Heilung der genuinen Form auf solchem Wege zu verzeichnen.

Buschan.

---

572) **Bouffé**: Résultats cliniques des injections de liquide testiculaire. (Soc. de méd. in Le Bulletin médical 1893, Nr. 43.)

B. hat mehr als 1000 Injectionen von Testikelsaft nach der Methode Brown-Séquard's vorgenommen und theilt die günstigen Erfahrungen, die andere mit diesem Therapeuticum gemacht haben. Er hat bei Atactischen und Neurasthenikern Heilungen gesehen, die seit mehreren Monaten anhaltend sind. Was die Ataxie betrifft, so ist B. der Ansicht, dass in diesen Fällen, wenn die Symptome verschwunden sind, das lädirte Gewebe nicht wiederhergestellt zu sein braucht; denn durch die Injection werden die bis dahin unthätigen Nervenfasern zur Function angeregt. Heilung durch Suggestion glaubt B. ausschliessen zu dürfen, da das Thierexperiment ihm gezeigt hat, dass nach der Injection sich objective Erscheinungen, wie Verlangsamung des Pulses, Zunahme der Muskelkräfte etc. einstellen.

Buschan.

---

573) **Féré**: Sur la valeur thérapeutique de la méthode de Brown-Séquard. Dazu Brown-Séquard Discussion. (Soc. de biologie in Le Bulletin médic. 1893, Nr. 45.)

F. hat an 12 Personen Versuche angestellt. 3 schieden während der Behandlung wegen der Schmerzhaftigkeit des Verfahrens aus; von den 9 restirenden waren 8 Epileptiker, 1 Hysteriker. Trotzdem F. sich streng an die Vorschriften hielt, hat er an diesen Kranken durch die Injectionen nicht den geringsten Einfluss gesehen, nicht einmal die Schwäche, deretwegen die Injectionen hauptsächlich vorgenommen wurden, liess nach.

Br.-S. entgegnet hierauf, dass F. das denkbar ungünstigste Material zu seinen Versuchen benutzt habe, denn, wie er schon früher publicirt habe, missglücken die Injectionen vollständig bei Epileptischen und Hysterischen. Seine Erfolge beziehen sich auf annähernd 3000 Personen.

Buschan.

---

574) **Deydier**: Traitement de la chorée et de l'incontinence nocturne d'urine par des injections de suc testiculaire.

(Lyon médical 1893, Nr. 16.)

Auffällige Erfolge, die durch Injection von Hodensaft nach Brown-Séquard (alle 2 Tage $^1/_2$ ccm in die vordere Bauchwand) erzielt worden sind. Die Einspritzungen scheinen den Kindern keine Schmerzen zu machen und sind völlig unschädlich.

I. Fünf Fälle von Chorea. Fall 1: Schwere Chorea, Antipyrin ohne Erfolg. Sofort nach der ersten Einspritzung auffällige Besserung und rapide vollständige Heilung nach 7 Einspritzungen. Fall 2: Ebenfalls schwerer Fall. Erst nach der 18. Injection leichte Besserung, nach der 40. ($2^1/_2$ Monat) complete Heilung. Fall 3: Chorea mittleren Grades. Nach der 3. Einspritzung Besserung, nach der 11. (4 Wochen) vollständige Heilung. Fall 4: Desgl. nach der 4. Einspritzung Besserung, nach der 18. (5 Wochen) complete Heilung. Fall 5: Kur vorzeitig unterbrochen, jedoch langsame Besserung.

Psychischer Einfluss (Nadelstich) ist in diesen Fällen wohl auszuschliessen, da Garrin vor Jahren schon gezeigt hat, dass nur Injection von Arsenik, nicht blosses Einstechen der Nadel oder Injection von reinem Wasser die Chorea zu heilen im Stande sind.

II. Dagegen scheint in den 3 geheilten Fällen von Incont. urinae die Suggestion (Furcht vor Einstechen) die Hauptrolle gespielt zu haben.

Buschan.

---

575) **Constantin Paul**: Du traitement de la neurasthénie par la transfusion nerveuse. (Acad. de méd. in Le Bulletin médical 1893, Nr. 33.)

P. hat zahlreiche Versuche (über 100) mit der Transfusion von Nervensubstanz (verdünnte graue Hirnrinde vom Schaf) angestellt und will die von ihm auf dieses neue Medicament gesetzten Hoffnungen vollauf bestätigt gefunden haben. Der obige Bericht bezieht sich auf die Behandlung der Neurasthenie. Von 53 Neurasthenikern der verschiedensten Art (cerebrospinale, spinale, sexuelle, gastrische, chlorotische, senile etc. Form) hat P. nur an

7 Misserfolge gehabt; die übrigen wurden vollständig resp. beinahe vollständig wieder hergestellt. Die schönsten Erfolge erzielte P. bei sexueller und seniler Neurasthenie; am wenigsten wurden hypochondrische resp. melancholische Neurastheniker (4 von den 7 Misserfolgen) beeinflusst.

Die Neurasthenie beruht nach P. in einer nervösen Erschöpfung; sie ist weniger der Verlust verausgabter Kräfte, als vielmehr die Unfähigkeit, neue Lebenskräfte zu erzeugen. Gegen Ende des Lebens kann dieselbe physiologisch sein, wenn der Tod im hohen Alter ohne Krankheit sich einstellt. Die morbide Neurasthenie ist eine Erschöpfung der nervösen Kräfte, die das Nervensystem unfähig macht, für die tägliche Lebensausgabe neue Spannkräfte zu sammeln. Die Transfusion nervöser Substanz nun lässt neue nervöse Kräfte entstehen; sie ist in diesem Sinne ein Tonicum ersten Ranges. Die erste wohlthuende Wirkung ist die Herbeiführung von Schlaf. Der Wiederersatz der Kräfte findet zumeist in bestimmter Reihenfolge statt. Zuerst lässt die Erregbarkeit nach, die Sinne erwachen, die Intelligenz entwickelt sich. Dann stellt sich der Appetit ein, die physischen Kräfte nehmen zu. Einen sehr günstigen Einfluss übt die Transfusion sodann auf die Herzkraft aus. Endlich wenn der Organismus sein Gleichgewicht wieder erlangt hat, findet sich auch die männliche Potenz wieder ein.

Buschan.

576) **Marandon de Montyel:** De l'action sédative de la Duboisine à doses continues chez les aliénés.

(Arch. de Neurol. 1893, 79.)

M. empfiehlt das Duboisin als fast stets sicher wirkendes Sedativum in Dosen von 1—2 Milligramm 2mal täglich. Im Gegensatz zum Hyoscin, das die willkürliche Muskulatur lähmt und dadurch rein physikalisch den erregten Kranken zur Ruhe bringt, schreibt er dem Duboisin die Fähigkeit zu, direct beruhigend auf die in krankhaftem Reizzustand befindliche Hirnzelle zu wirken. Von unangenehmen Nebenwirkungen beobachtete er Trockenheit im Halse, Verminderung des Appetits, Brechneigung, eine mässige allgemeine Schlaffheit und hin und wieder auch Schläfrigkeit, vor allem aber bei länger fortgesetztem Gebrauch eine allgemeine Ernährungsstörung, die so bedenklich werden kann, dass dadurch der Verwendung des Mittels Schranken gesetzt werden. Das Mittel wirkte am besten bei chronischen maniakalischen Erregungszuständen und bei acuter Melancholie, dann bei allgemeiner Paralyse und am wenigsten bei acuter Manie; bei remittirenden Formen schienen die ruhigen Zeiten länger zu werden. In einzelnen Fällen hielt auch nach dem Aussetzen des Duboisins die erzielte Beruhigung noch längere Zeit an. Störend wurde bei mehreren Kranken, namentlich bei Paralytikern, die ganz plötzlich und schnell, — einmal schon nach 4 Tagen, — auftretende Gewöhnung an das Mittel; selbst eine Erhöhung der ursprünglich wirksamen Dosis war dann erfolglos.

Falkenberg-Lichtenberg.

577) **Cullerre** (La Roche-sur-Yon): Injections tous-cutanées de liquide de substance grise chez les aliénés. Vortag, gehalten auf dem congrès des médecins aliénistes de France 1893.

(Le Bulletin médical 1893, Nr. 67.)

C. berichtet über die Erfolge, die er mit der Injection von nervöser Substanz bei 34 Geisteskranken der verschiedensten Formen erzielt hat. Er fand, dass der nervösen Transfusion die Eigenschaft zukomme, die nutritiven Functionen anzuregen; in diesem Sinne ist sie in der Behandlung von Psychosen von Nutzen. — Der erste Erfolg solcher Behandlung Geisteskranker ist die Entwicklung des Appetits, die Kranken nehmen recht bald an Körpergewicht zu. Der cachectische Zustand, sofern er nicht auf einer organischen Veränderung beruht, giebt keine Contraindication zur Transfusion ab. — Diese Behandlung scheint im Verlaufe gewisser acuter Psychosen von Werth gewesen zu sein, in denen die üblichen Mittel fehlgeschlagen hatten.

Trotz solcher Verdienste bleibt die Transfusion nervöser Substanz gegen das psychopathische Element selbst ohnmächtig. Buschan,

---

578) **Putnam**: Cases of myxoedema and acromegalia treated with sheeps thyreoids; recent observations respecting the pathologie of the thyreoid; clinical relations hops of Grave's disease and acromegalia. Reprinted from the transactions of the association of american physicians. 1893.

Nach Mittheilung zweier Fälle von Myxödem und 3 weiterer, von denen einer eine reine Acromegalia war, der 2. dieser sich näherte, während der 3. dem Myxödem näher stand, ergeht sich Verf. eingehend über sein Thema. Am besten ist die Methode mit Schilddrüsenpulver des Schafes, welche in wahren Fällen nie fehlschlägt. Sehr bald nimmt darnach das Körpergewicht ab; verschiedene nervöse Symptome stellen sich öfter ein und können sogar lange anhalten. Sogar Besserung des myxomatösen Cretins, auch geistig, soll stattfinden. Die Pathologie des Myxödems wird hierauf erörtert, wie auch die darauf bezüglichen Experimente und einige wichtige Cachexienformen, die von Schilddrüsenerkrankung stammen, besprochen. In der Anamnese dieses Leidens spielen oft Degenerationen, Zwergwuchs, cretinoider Zustand etc. eine Rolle. Bei Cretins mit Myxödem ist die Schilddrüse erkrankt; Personen mit Kröpfen in Kropfgegenden sind gewöhnlich minderwerthig. Myxödem kann bisweilen schnell erfolgen, auch nach zeitweiser Erkrankung der Schilddrüse (z. B. Kropf) oder im Verlaufe der Syphilis. Nahe steht der Krankheit die Acromegalie, der Morbus Basedowii (Graves's disease) und gewisse Formen der Fettsucht, wie nachzuweisen gesucht wird. Morbus Basedowii hängt wahrscheinlich nicht von Secretionsanomalien ab, kann auch bei gesunder Drüse eintreten. Wegen vieler interessanten Details muss auf das Original verwiesen werden. Aus der an den Vortrag sich anschliessenden Discussion sei noch hervorgehoben, dass Verf. hervorhebt. ca. $^1/_3$ aller Schilddrüsen des Schafes seien erkrankt, daher nicht zu gebrauchen. Dr. Starr macht auf die verschiedene Reaction der Patienten auf dies Heilmittel aufmerksam und dass unter ca. 70 Fällen von Myxödem das Mittel nur in 2 Fällen im Stich gelassen habe.

Näcke (Hubertusburg).

579) **Morselli**: Sulla terapia vibratoria nelle malattie nervose e mentali. (Dall' istituto psichiatrico di Genova 1893.)

Schon früher hatte Verf. über die vibratorische Methode bei Psychosen berichtet und (wie sich voraussehen liess, Ref.) wenig erfreuliche Resultate damit erzielt, schon damals aber geäussert, dass der moralische Einfluss, die Suggestion sehr oft die Hauptsache sei. Heute, wo die Macht der Suggestionen allgemein anerkannt ist, dürfte diese Erklärungsweise weniger angefochten werden als früher. Näcke (Hubertusburg).

---

580) **Lavisé**: Traitement du goître exophthalmique par la ligature des quatre artères thyroïdiennes. Vortrag in der Société belge de chirurgie. (Le Bulletin médical 1893, Nr. 48. 18. Juni.)

35jährige Frau mit ausgeprägten Erscheinungen des Morbus Basedowii: Trias, Muskelzittern, tiefe Anämie, Dyspnoe mit heftigen Anfällen, abundante Bronchorhoe. — Operation: Unterbindung der 4. Thyroïdealarterien. Kropf nahm graduell ab, Gefässgeräusche verschwanden, Dyspnoe, Bronchorhoe, Zittern besserten sich merklich. Jedoch nach 2 Monaten Rückfall, die Haupterscheinungen stellten sich wieder ein. Im weiteren Verlauf der Krankheit Tod. Buschan.

---

581) **Determeyer** (Berlin): Ueber Basedow'sche Krankheit. — Vortrag in der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins. (Berl. klin. Wochenschrift 1893, Nr. 24.)

Im Anschluss an Influenza (Februar 1890) entwickelten sich bei einer 37jährigen verheiratheten Frau die klassischen Erscheinungen des Morbus Basedowii. Später bekam sie 2—3mal im Monat Anfälle von Athemnoth, die von gesteigertem Herzklopfen begleitet waren; sie litt sehr an Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Schwindel. Der Appetit schwand fast völlig, starke anhaltende Durchfälle traten ein, die Menses wurden unregelmässig, die Patientin magerte sehr ab. Schliesslich starkes Zittern der Hände und krampfartige Zuckungen in den Händen und Fingern.

Bei der Aufnahme ins Krankenhaus (12./IV 92) zeigte die hochgradig abgemagerte Frau mässige Vergrösserung der Schilddrüse, starken Exophthalmus, ausgesprochenes Gräfe'sches Phänomen, stark beschleunigte unregelmässige Herzthätigkeit mit häufigen Palpitationen, starken Tremor der Hände, verbunden mit häufigen Zuckungen, Diarrhöen (7—8mal täglich), völligen Appetitmangel, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen.

Am 20./IV 92 wurde von Dr. Rotter die etwas grössere Hälfte des Struma nach Kocher's Methode exstirpirt; Heilung per primam. Zittern, Zuckungen, Durchfälle, Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit waren verschwunden; nur der Puls war noch beschleunigt (100), wenn auch regelmässig, und der Exophthalmus blieb. Das Körpergewicht stieg in der Heimstätte zu Blankenburg innerhalb 4 Monaten um 35 Pfund und nahm auch in den folgenden 3 Monaten in den ärmlichen häuslichen Verhältnissen noch um 3 Pfund zu. Die linke Glandula thyreoidea kehrte auf ihr normales Volumen zurück, der Exophthalmus war geringer geworden und zeigte sich in ständiger Abnahme begriffen.

Ausser diesem Fall sind bereits 26 Fälle von Morbus Basedowii beschrieben, wo die operative Behandlung (Exstirpation) wesentliche Besserung oder vollständige Heilung herbeigeführt hat, während von 4 anderen Fällen (Totalexstirpation) 1 Fall letal endete und 3 keinen Erfolg hatten und in 3 Fällen die Art. thyreoidea mit gutem Erfolge unterbunden wurde. Deswegen muss man nach D. bei den mangelhaften Erfolgen der internen Therapie entschieden der operativen Behandlung den Vorzug geben.

In der Discussion berichtete Prof. J. Wolff über 5 Fälle von Morbus Basedowii, in welchen er die halbseitige Kropfexstirpation ausgeführt hat. Ein Fall starb nach vollendeter Operation auf dem Operationstisch, in 3 Fällen war der Erfolg ein recht befriedigender, der letzte Fall, der vor 4 Jahren operirt wurde und anfänglich das Zurückgehen aller Erscheinungen zeigte, kam 2 Jahre später mit einem schweren Recidiv sämmtlicher Erscheinungen wieder in die Klinik. Obgleich W. danach kein begeisterter Anhänger der operativen Eingriffe ist, so hält er doch den auffälligen Rückgang aller Erscheinungen in unmittelbarer Folge der Operation gegenüber den unzuverlässigen und unbefriedigenden Resultaten der internen Behandlung für höchst beachtenswerth und die Operation besonders bei den bedrohlichen Erscheinungen der Trachealstenose für indicirt. — Schärfer sprach sich Israel gegen die Operation aus, welcher den vorgestellten Fall als nicht geheilt bezeichnen konnte, da noch die Cardinalsymptome der Based. Krankheit (Dilatation des linken Ventrikels mit Hebung der Brustwand, Exophthalmus, Gräfe'sches Phänomen, mässiger Tremor der Hände vorhanden waren, während allerdings die Struma durch die Operation verschwunden sei; es handle sich also um einen Fall von Morbus Basedowii ohne Struma. Im übrigen zeige diese Krankheit auch unter ungünstigen äusseren Verhältnissen die allergrössten Schwankungen; die einfache Erholung nach der Operation beweise gar nichts, sondern nur das Verschwinden der pathognomischen Symptome.

Demgegenüber führte Rotter aus, dass die pathognomischen Symptome sofort nach der Operation mit Ausnahme des Exophthalmus bis auf Spuren verschwunden sind; die Herzhypertrophie sei eine Folgeerscheinung der Tachycardie, welche sich erst allmählig zurückbilden könne.

Hoppe.

5-2) **Sommer**-Würzburg: 1. Zur Psychologie der Sprache.

(Zeitschrift für Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane 1891.)

2. Ein seltener Fall von Sprachstörung.

(Habilitationsschrift 1892. Stahel-Würzburg.)

3. Das Begriffscentrum (aus den Sitzungsberichten der Würzburger physik. medic. Gesellschaft 1891).

(Verlag von Stahel-Würzburg.)

Die erste Arbeit ist eine Nachprüfung des von Prof. Grashey behandelten Falles (Voit,) auf Grund dessen Grashey seine bekannte Theorie vom buch-

stabirenden Lesen und Schreiben aufgestellt hat. Grashey hatte bei dem betreffenden Kranken eine hochgradige Vergesslichkeit speciell für Gesichtsbilder, sodann auch für Lautgebilde festgestellt. Wenn nun die Aufgabe gestellt wurde, zu einem gesehenen Gegenstande den Namen zu suchen, so zeigte sich, dass Voit stets Schreibbewegungen ausführte, bevor er den Namen zu den gesehenen Gegenständen nennen konnte. Diese Erscheinung erklärte Grashey auf Grund der Prämisse, dass beim Anblick von Objecten successive die einzelnen Lautbestandtheile des Namens ausgelöst werden, unter Beziehung auf die grosse Schwäche des Gedächtnisses für Gesichtsvorstellungen und Lautgebilde.

Um sein mangelndes Lautgedächtniss zu ersetzen, fixirte Voit nach Grashey den beim Anblick eines Gegenstandes zuerst in ihm ausgelösten Anfangsbuchstaben des Namens schreibend, während sich der zweite Buchstabenlaut in ihm bei dem continuirlichen Anblick des Gegenstandes bildete und fügte ablesend die durch Niederschreiben fixirten Buchstaben mit den innerlich successive entstehenden zu dem Namen zusammen. Wurde ihm plötzlich vor Vollendung des Namens das Object entzogen, so blieb wegen des Mangels an optischem Gedächtniss auch das Wort unvollendet, selbst wenn ihm das Hilfsmittel des Schreibens zu Gebote stand.

Sommer stellte nun bei der Nachuntersuchung fest, dass bei Voit auch damals (Herbst 1891) noch eine hochgradige Schwäche des Gedächtnisses für Gesichtseindrücke und Lautgebilde vorhanden war, dass auch damals noch Voit die Namen von Gegenständen schreibend fand, dass aber trotzdem die Grashey'sche Theorie zu dem Befund nicht stimmte. S. wies nach, dass wenn man Voit am Schreiben hinderte, in ihm zu dauernd vorliegenden Gegenständen durchaus kein Lautgebilde, selbst nicht ein Bruchstück des Namens, ja nicht einmal der Anfangsbuchstabe des Namens ausgelöst wurde, was nach der Grashey'schen Theorie hätte der Fall sein müssen. Sommer gelangte bei seiner Nachuntersuchung zu dem Resultat, 1. dass bei Voit keineswegs zwischen einer Objectvorstellung und dem Niederschreiben des zugehörigen Namens ein Klanggebilde liegt, dessen einzelne Lautbestandtheile sich successive mit Buchstabenbildern associiren, die ihrerseits der Reihe nach niedergeschrieben würden; 2. dass die theoretische Deduction, wonach wir buchstabirend lesen und schreiben, zu keinem allgemeingiltigen Resultat führt; 3. dass es ein Schreiben giebt, welches nicht der Ausdruck von vorgestellten Buchstabenzeichen und gedachten Lauten ist, sondern vermittelst dessen Klanggebilde innerlich gefunden werden. Und zwar werden bei dem Anblick von Gegenständen deren Namen gefunden, indem Schreibbewegungen ausgeführt werden, deren Resultat für das Auge des Beobachters diejenigen Buchstabenzeichen sind, welche die Gegenstände bezeichnen.

In der sub. 2 genannten Schrift giebt S. die klinische Ergänzung zu dem von ihm nachuntersuchten Fall von Sprachstörung. Es handelt sich wahrscheinlich um einen Herd in der linken Hemisphäre dicht vor dem gyrus angularis, welcher periodisch Fernwirkungen auf benachbarte

Gehirntheile ausübt, woraus sich eine Reihe von wechselnden functionellen Störungen bei Voit erklären.“ *)

In der ersten Veröffentlichung hatte S. eine Reihe von Beobachtungen über Combination von Vorstellungen und Begriffsbildung mitgetheilt, die ihn im Gegensatz zu der Max Müller'schen Lehre über die Identität von Wort und Begriff zu dem Resultat geführt hatten, dass es ein wortloses Begreifen giebt.

Eine Ausführung dieser Gedanken mit historischen Rückblicken auf die Lehren vom Sitze der Seele, von der zusammenfassenden Thätigkeit des Geistes und vom Begriffscentrum ist die dritte Veröffentlichung. S. stellt im Gegensatz zu den immer wieder auftauchenden Versuchen, das psychische Leben auf den Elementarbegriff der Association zurückzuführen, der in den „Verbindungsfasern“ ein scheinbares materielles Substrat hat, die synthetischen Vorgänge in den Vordergrund. Dabei wird vor allem auf die herrschenden Localisationslehren eingegangen.

(Selbstbericht.)

---

583) **G. Bikeles** und **S. Kornfeld**: Beitrag zur Kenntniss der Gesichtsfeldeinschränkung bei Paralysis progressiva. Aus der Klinik des Herrn Prof. v. Krafft-Ebing.

(Jahrbücher für Psychiatrie, Bd. XII, 1. u. 2. Heft.)

Bei normalem Augenhintergrund ist das Gesichtsfeld des Paralytikers meistens normal. In seltenen Fällen beobachtet man jedoch trotz normalen Augenhintergrundes einmal eine concentrische Gesichtsfeldeinschränkung, die beträchtlichen Schwankungen unterliegt, zweitens eine concentrische Gesichtsfeldeinschränkung und einen sectorförmigen Defect, der in das Schema der Hemianopsie nicht hineinpasst. Eine beigegebene Tafel verdeutlicht diese Verhältnisse.

Behr-Riga.

III Bibliographie.

584) **V. Magnan**: Psychiatrische Vorlesungen. Heft I—V. (Deutsch von P. J. Möbius.

(Leipzig 1891—1893. Verlag von Georg Thieme. 3 Hefte von zusammen 296 Seiten.)

Noch ehe der zweite Band von Magnan's gesammelten Arbeiten erschien,**) hat Möbius eine Sammlung neuerer Studien des Pariser Klinikers veröffentlicht, die er theils übersetzt, theils bearbeitet hat. Die einzelnen

---

*) Anm. Eine zusammenfassende Darstellung der Theorie vom buchstabirenden Lesen und Schreiben nebst Nachuntersuchung des zu Grunde liegenden Falles und anderen Beobachtungen wird als Monographie erscheinen.

**) Recherches sur les centres nerveux, II. Serie, 1893, 578 S, 8°, und Leçons cliniques sur les maladies mentales, 2 Bd, 1893, 435 S. 8°.

Aufsätze stammen aus den Jahren 1880—1892, zumeist sind dieselben im Progrès médical und in den Archives de Neurologie publicirt worden, einige vor gelehrten Gesellschaften und Congressen vorgetragen. Es handelt sich um 17 Aufsätze, einzelne darunter ganz kurz, andere ziemlich umfangreich, darunter eine sehr interessante Arbeit über die Paranoia und ihre Abgrenzung von ähnlichen psychischen Störungen bei Degenerirten.

Im wesentlichen geben die Aufsätze eine Schilderung der bei Degenerirten vorkommenden Psychosen und psychischen Anomalieen; ein vollständiges Tableau der Zustände und Processe, welche Magnan ins Gebiet der Degenerescenz rechnet, giebt die Sammlung nicht; man empfindet das bei zusammenhängender Lectüre als einen Mangel, so leicht und glatt sich auch die einzelnen Arbeiten lesen; schon der lange Zeitraum, auf den die Hefte der deutschen Ausgabe zerstreut sind, hat die eindringende Orientirung in dem Vorstellungkreise Magnan's erschwert; sucht man sich aus der nun vollständigen Sammlung ein zusammenhängendes Bild von Magnan's Lehre zu machen, so ist das nicht ohne einen grossen Aufwand von Zeit und Mühe möglich und der Leser wird nach einer ersten Lectüre der Sammlung sich die einzelnen Aufsätze in eine bestimmte Reihenfolge bringen müssen, um sich systematisch mit Magnan's Ideen bekannt zu machen. Eine Darstellung der allgemeinen Theorie und der Aetiologie der Entartung findet sich in den Aufsätzen: *Ueber die körperlichen und geistigen Zeichen des ererbten Irreseins. Allgemeine Erörterung über das Irresein der Entarteten, die Paranoia completa und das intermittirende Irresein. Ueber das Zusammenbestehen verschiedener Irrsinnsformen bei demselben Kranken Ueber die Kindheit der Verbrecher und die Frage nach der angeborenen Anlage zum Verbrechen.*

Die Stigmata der Entartung erörtern folgende Aufsätze: *Ueber die Fälle von fehlerhafter Bildung der Geschlechtstheile.* Die psychischen Stigmata: *Ueber geschlechtliche Abweichungen und Verkehrungen. Ueber die Exhibitionisten. Ueber Dipsomanie.* Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen werden abgehandelt in: *Ueber die Onomatomanie. Beispiele von erblicher Entartung. Ueber krankhafte Antriebe zum Verbrechen.* Die Symptome der Entartung behandeln die Aufsätze: *Ueber Zoophilomanie. Ueber Dipsomanie. Ueber Kaufwuth und Spielwuth.*

Schliesslich werden die eigentlichen Psychosen der Entarteten geschildert in den Aufsätzen: *Ueber das intermittirende Irresein. Die verfolgten Verfolger. Die verschiedenen Gruppen der Verfolger. Der systematische Wahn bei Entarteten.*

Dieser Darstellung der Entartung wird eine originelle und scharfsinnige Abgrenzung und Schilderung der Paranoia, welche als *„Délire chronique à évolution systématique“* bezeichnet wird, gegenübergestellt.

Die klare und elegante Darstellung der einzelnen Themata, welche die Lectüre der Hefte anziehend und mühelos macht, wird in unerfreulicher Weise dadurch compensirt, dass das im Leser erwachende Bedürfniss nach einer systematischen Zusammenfassung der besonderen Vorstellungen Magnan's über Stigmata, Syndrome, Delirien und Psychosen der Entarteten nirgends befriedigt wird. Der deutsche Herausgeber hat das sicher auch gefühlt, jedenfalls giebt er diese Zusammenfassung in einer Einleitung zu Heft II

und III seiner Uebersetzung; auf 10 Seiten entledigt er sich dieser Aufgabe in ausgezeichneter Weise. Gegenüber dieser Darstellung verzichtet Referent auf den eigenen Versuch einer systematischen Inhaltsangabe des Buches und räth dem Leser desselben, seine Lectüre mit der Einleitung von Möbius zu beginnen. Eine ätiologische, morphologische und psychologische Theorie der Degeneration giebt M. nicht, die einzelnen Aufsätze sind vielmehr klinische Demonstrationen mit ausführlicher Epikrise und Hindeutungen auf das seinen Zuhörern bekannte System Magnan's. In der That stehen die Krankengeschichten durchaus im Vordergrunde des Interesses, sind sehr zahlreich und ausgezeichnet klar. Es folgt ihnen aber kein Versuch eingehender Analyse die Verarbeitung der Erscheinungen ist erschöpft, wenn in dem Krankheitsbilde Phänomene nachgewiesen sind (Stigmata, Syndrome, Bouffées), die zu dem descriptiven Inventar der „folie des héréditaires dégénérés" gehören. Uebrigens findet in den vorliegenden Vorlesungen nur die höchststehende Klasse der Degenerirten, die „dégénérés supérieurs" oder „instables" eine eingehende Behandlung. Auch der dauernde psychische Zustand der Instabeln, soweit derselbe nicht durch Zwangsvorstellungen, „Syndrome" verschiedener Art, Delirien und affective Psychosen unterbrochen wird, findet nur eine ganz kurze Characteristik, in der die „Disharmonie" als das Wesentliche bezeichnet wird: „Die wichtigste Erscheinung bei dem hereditären Irresein ist die Disharmonie, der Mangel an Gleichgewicht nicht nur zwischen den intellectuellen und den moralischen Fähigkeiten, sondern auch zwischen den einzelnen intellectuellen Fähigkeiten selbst." Ein Anlauf zur Darstellung der Verhältnisse der Heredität wird nicht gemacht. „Ich muss hervorheben, dass die Entartung, ebenso wie sie ererbt wird, auch erworben wird. . . . Mag die fötale Entwicklung des Gehirns mangelhaft sein, mag das Gehirn des Kindes erkranken, das Ergebniss ist dasselbe, und es ist unzulässig, die erworbene Entartung von der ererbten zu trennen." (Heft II/III, p. 5.)

Hat man sich in die eigenartige Terminologie Magnan's gefunden, so bleibt von dem Inhalt der vorliegenden Sammlung nicht so viel Neues übrig, als anfangs scheinen möchte. Was am augenfälligsten ist, das ist der Reichthum an Einzelformen, die M. beschreibt, die grosse Zahl der verschiedenartigsten Stigmata und pathologischen Episoden bei Degenerirten; in dieser Beziehung ist die Arbeit Magnan's unzweifelhaft die reichhaltigste auf diesem Gebiete und das hängt offenbar mit der Art von Magnan's Thätigkeit zusammen, der neben einer grossen Privatanstalt, neben einer bedeutenden forensischen Praxis, neben seiner klinischen Abtheilung die Aufnahme-Station für alle Irren von ganz Paris hat und jährlich etwa 4000 Aufnahmen bewältigt. Dadurch ist ihm ein Material von kurzdauernden Anomalieen und passageren Anfällen zugänglich, wie wohl keinem andern Psychiater, und ein Einblick in die Symptomatologie der Degeneration, wie es nur in Paris, dem Sammelplatze aller „Déséquilibrés", gewonnen werden kann. Kein Wunder, dass ein solches Material nicht durchweg analytisch verarbeitet ist.

Der wichtigste Theil des Buchs ist der Versuch einer selbstsändigen Darstellung und scharfen Abgrenzung der Paranoia. Sie wird als „délire chronique à évolution systématique" bezeichnet, soll nur nicht degenerirte

Personen befallen, stets in vier Stadien: I. Vorbereitung, II. Verfolgungsdelir III. Grössendelir, IV. Schwachsinn, verlaufen, immer sehr chronisch, fast immer unheilbar sein, sich durch das deutliche Incubationsstadium und die Häufigkeit eigentlicher Hallucinationen von dem Verfolgungs- und dem Grössenwahn Degenerirter unterscheiden. Eine eingehende Beschreibung der chronischen Wahnbildung bei Degenerirten ergänzt die interessanten Darlegungen; besonders ausführlich werden diejenigen an Verfolgungswahn leidenden Degenerirten geschildert, die ihre vermeintlichen Feinde verfolgen, die also „verfolgende Verfolgte“ sind. Hierher, nicht zur Paranoia, rechnet Magnan vor allem die Quaerulanten, ferner die „hypochondrischen Verfolger, Vater-Verfolger, Liebes-Verfolger.“ Magnan räumt ein, dass ein an chronischen Wahnvorstellungen leidender Degenerirter ganz einem an Paranoia leidenden im zweiten oder dritten Stadium gleichen kann; nur die Anamnese, der Nachweis eines ersten resp. ersten und zweiten Stadiums bei diesem, einer von Kindheit auf bestehenden Instabilität oder degenerativer Stigmata bei jenem kann in solchen Fällen eine Unterscheidung ermöglichen; auch Hallucinationen, die M. als bei Delirien der Degenerirten selten bezeichnet, sollen für die Diagnose einer Paranoia sprechen. Ferner sollen degenerirte Verfolger und Megalomanen nie verblöden, Paranoiker zumeist.

Wie weit haben diese Aufstellungen Magnan's nun Berechtigung? Ich halte diese Frage für sehr schwer zu beantworten, ohne eine eingehende litterarische, casuistische und statistische Special-Untersuchung, und neben den in der Natur der Sache liegenden Schwierigkeiten erschwert die Methode M.'s die Kritik. Nach der Art, wie in Paris gewöhnlich Klinik gehalten wird, trägt er zuerst in dogmatischer Weise die Theorie vor, dann kommt die Demonstration der illustrirenden Fälle. Es ist dann ganz Sache des Schülers, ob er sich überzeugen lassen will oder nicht; die Lehren werden wohl exemplificirt, aber nicht bewiesen.

Nach meiner eigenen Erfahrung und nach einer neben der wiederholten Lectüre Magnan's einhergehenden erneuten Musterung der Litteratur ist die Abtrennung der Paranoia von den episodischen Wahnbildungen Degenerirter, besonders denen der Quaerulanten und „persécuteurs persécutés“ berechtigt und nothwendig; die Loslösung der Paranoia von dem Mutterboden der Degeneration*) jedoch unberechtigt. Freilich gründet sich diese meine Auffassung auf eine umfassende Statistik der Degenerationszeichen und damit auf einen Degenerationsbegriff, der von dem Magnan's abweicht.

Wenn Magnan nicht alle Leser überzeugt, so liegt das in seiner Methode, und er wird vielleicht mehr Anhänger finden, wenn er seine nur illustrirenden Beispiele durch eine Statistik des Materials ergänzt, aus dessen Verarbeitung seine Anschauungen erwachsen sind.

Es ist nach allem Gesagten eigentlich überflüssig, dem Leser das Studium der bedeutenden Arbeiten noch ausdrücklich zu empfehlen. Hoffentlich giebt uns Möbius auch bald eine Uebersetzung von Magnan's gesammten „Leçons cliniques“ (1893), die auf p. 213—375 eine ausführliche Darstellung des „délire chronique“ geben. Kurella.

*) Magnan, der das Citiren nicht liebt, nennt auch die Arbeit von Tanji und Riva (Rivista sperimentale 1884) über die Paranoia nicht; in dieser Arbeit ist die degenerative Natur der Paranoia auf's schlagendste bewiesen.

IV. Zur Tagesgeschichte.

Die Ausführung des Griesinger'schen Programms.

Von Dr. Sommer.

Derjenige psychiatrische Schriftsteller, welcher die Bedürfnisse der Gegenwart am tiefsten erfasst hat, ist Griesinger, der im höchsten Grade die Fähigkeit hatte, vorauszudenken. Alle lebensfähigen Momente, welche sich in der heutigen Psychiatrie nach einer Periode rein anatomischer Verknöcherung wieder regen, führen eigentlich auf Griesinger zurück. Es ist eine Ehrenpflicht der Psychiatrie, Griesinger's monumentale Gestalt nicht bloss zu bewundern, sondern wirklich seinen Geist lebendig zu erhalten.

Wir wollen nun durch genaue Wiedergabe von Griesinger's Aeusserungen über eine Reihe von fundamentalen Stücken der Psychiatrie einen leicht sichtbaren Massstab schaffen, an welchem die Bestrebungen der Gegenwart gemessen werden können. Erst durch diese Beziehung auf Griesinger gewinnen viele Gedanken, die im verflossenen Jahr besonders im Anschluss an die Frankfurter Thesen lebhaft erörtert worden sind, die richtige Beleuchtung. Worum hat es sich im Wesentlichen bei dem Streit gehandelt? Um einen Satz, der Folgerung aus einem Griesinger'schen Grundgedanken ist: Geisteskrankheit ist Gehirnkrankheit (im weiteren z. grossen Theil nicht anatomischen Sinne, folglich kann Geisteskrankheit nur von psychiatrisch gebildeten Aerzten begutachtet und behandelt werden.

Der Streit gegen die hierarchische Organisation der Epileptiker- und Idiotenpflege, gegen die Begutachtung der Geisteszustände durch Nicht-Mediciner, gegen den Mangel psychiatrischer Bildung der Aerzte — alle diese Streitpunkte bilden nur Glieder in der Kette der aus der Griesinger'schen Prämisse gezogenen Schlussfolgerungen.

Es ist nothwendig, die Griesinger'schen Lehren in bestimmter Weise herauszuheben, um für unser weiteres Verhalten in den nach verschiedenen Seiten hin nothwendigen Auseinandersetzungen, welche wir im Anschluss an Griesinger's Worte in einer Reihe von kurzen Artikeln geben wollen, den richtigen Hintergrund zu schaffen.

Einer der wichtigsten Punkte für die weitere Entwickelung der Psychiatrie ist die Stellung der psychiatrischen Kliniken und die Aufnahme der Psychiatrie als Examensfach. Wir drucken daher zunächst ab, was Griesinger über diesen Punkt schon vor langen Jahren gesagt hat.

Weiteres über psychiatrische Kliniken.

(Griesinger's gesammelte Abhandlungen I., Hirschwald-Berlin, 1872.)

„Psychiatrische Kliniken — dies ist der Hauptsatz meiner Ansichten — werden nun und nimmermehr freudig gedeihen und den beabsichtigten Nutzen stiften, wenn sie nicht völlig auf den Fuss aller übrigen Kliniken gestellt werden.

Diese Gleichstellung muss sich beziehen:

1. Auf die Hörverpflichtung. — Wo die sonstigen Kliniken obligatorisch sind; soll es auch die psychiatrische Klinik sein, wo nicht, nicht. Nicht des Lehrers wegen soll es so sein, sondern der Sache wegen. Wo drei Kliniken besucht werden

müssen, die vierte nicht, da wird damit gleich von vornherein von Seiten des Staats gezeigt, dass dieser vierten eine geringere Wichtigkeit beigelegt wird, und der Studirende bekommt dadurch Grund, sie für ganz unnöthig zu halten. — Mit Recht kann verlangt werden, dass auch der Nachweis eines Semesters psychiatrischer Klinik obligatorisch sei, wenn man, wie ich hier immer voraussetze, überhaupt endlich den Familien und den Gerichten Aerzte verschaffen will die von Psychiatrie wenigstens etwas wissen.

2. Auch in Bezug auf die Unterrichtsmethode ist die psychiatrische Klinik den übrigen Kliniken ganz gleichzustellen. — Der Medicin Studirende kommt in die psychiatrische Klinik anfangs auch noch mit den Begriffen eines Laien über Geisteskrankheiten; die Aeusserlichkeiten der Delirien nehmen ihn vor Allem in Anspruch. Die Hauptaufgabe des Lehrers ist, ihn bald zu dem Einen, was noth thut, hinzuleiten, zu der Auffassung jedes Kranken als eines mit einer bestimmten Krankheit des Central-Nerven-Apparats behafteten, und zu den Methoden, sich im Einzelfalle zu der Erkenntniss dieser Krankheit Bahn zu brechen.

3. Was die Kranken betrifft, so sind diese, wie bei jeder anderen Klinik, vor allem mit Rücksicht auf das Interesse des Unterrichts aufzunehmen. — Das Interesse des Unterrichts verlangt aber

a) möglichst viele frische Fälle und acute Zustände, weil für diese besonders in der künftigen Praxis Hilfe gesucht wird. Es sind desshalb Einrichtungen zu treffen, vermöge deren alle acuten Fälle irgend welcher Art ohne Weiteres aufgenommen werden können.

b) Chronische Fälle, die für den Unterricht wenig therapeutisches Interesse haben, aber zur vollständigen Formenkenntniss dienen und sich oft in psychisch-forensischer Hinsicht sehr zu Demonstrationen eignen, sind freilich auch nothwendig, doch bedenke man, dass auch in einer medicinischen und einer chirurgischen Klinik dem Zuhörer in der Zeit, wo er die Klinik hört, nicht alles, was es überhaupt giebt, gezeigt werden kann. Man wird sich also an einer kleineren Klinik vielleicht in manchem Semester begnügen müssen, die Hauptformen zu zeigen, womit des Schülers Hauptbedürfniss befriedigt ist. Diese chronischen Fälle ergeben sich theils in der Klinik selbst aus acuten Zuständen, die nicht geheilt werden, theils sollten sie zu vorübergehendem Aufenthalte von aussen her, auf Antrag des Lehrers aufgenommen werden können; so wird es z. B. höchst wünschenswerth sein, zum Besuche einer Demonstration der verschiedenen Formen des Idiotismus zuweilen derartige, wenn auch gänzlich unheilbare Individuen zu kurzem Aufenthalte in die Klinik aufnehmen zu können; was in einem anderweitigen Stadtasyle ganz unzulässig wäre, kann durch das Interesse des Unterrichts, das hier allem Anderen vorangeht, gerechtfertigt und geboten werden. Das Mittel aber, um möglichst viele acute Fälle und um die geeigneten chronischen Kranken zu bekommen, besteht vor Allem in billigen Verpflegungssätzen, wo immer möglich, Gratisaufnahmen für alle Bedürftigen; aus den Mittelklassen muss besonders der gute Ruf der Anstalt, der durch gute Behandlung der Kranken erzielt wird, solche herbeiziehen. Braucht bemerkt zu werden, dass es zum grössten Vortheile gereicht, wenn vor der Aufnahme man sich von Seiten der Klinik überzeugen kann, ob ein gemeldeter Kranker sich für die Klinik eignet? — Dies geschieht am besten durch Autopsie und hierin werden die grossen Städte immerhin einen ausserordentlichen Vorzug vor den Universitäten in kleinen Städten haben. Dort benachrichtigt ein Stadt-Telegramm oder ein persönlicher Besuch die Aerzte der Klinik von dem Falle, z. B. einem acuten Manie-Ausbruche, Selbstmordversuche oder irgend anderen Zuständen; sobald als möglichst begiebt sich einer der Aerzte an Ort und Stelle, sieht nach, leitet die richtige Ueberführung nach der Anstalt ein oder überzeugt sich vielleicht, dass der Betreffende gar nicht hirnkrank, dass er betrunken, dass er geistig aufgeregt war u. s. w. Es wird Jedem einleuchten, das dieses expedite, alle Interessen sowohl der Klinik als des Publikums aufs beste wahrnehmende Verfahren nur da möglich ist, wo die Klinik in allernächster Nähe der Stadt oder noch in derselben, nur an ihrer Peripherie, gelegen ist, dass aber weiter auch für diese in der Klinik Hilfe Suchenden ein rascher, aller langen Formalitäten enthobener Aufnahmemodus unerlässlich ist.

Die Entlassung der Kranken erfolgt gleichfalls, wie bei jeder anderen Klinik, dann, wenn sie für die klinischen Zwecke des Unterrichts nicht mehr brauchbar sind.

Dies ist natürlich ebensowenig buchstäblich zu nehmen und ausnahmslos oder gar schonungslos durchzuführen, als es bei den anderen, den medicinischen und chirurgischen Kliniken der Fall ist. Aber es muss das leitende Princip für die Entlassung der Kranken sein; die Angehörigen derselben, in Ermangelung solcher die Gemeinden, haben für die Ungeheilten weiter zu sorgen, wobei sich an manchen Orten leicht eine vermittelnde Thätigkeit des Vorstehers des klinischen Asyles mit der oder den betreffenden Anstalten wegen der Aufnahme in dieselben zum Vortheil und zur Erleichterung der Familien wird ausüben lassen.

4. Was den klinischen Lehrer betrifft, so ist ausser den selbstverständlichen Forderungen an die Lehrfähigkeit die erste und Hauptforderung die, dass er ein wahrer Mann der Wissenschaft sei, dass er dieser, d. h. der Erforschung der Wahrheit auf dem von ihm cultivirten Gebiete, sein Leben widme. Dazu soll ihm nicht nur das Nöthige, was er dazu braucht, zu Gebote gestellt, sondern auch Zeit und Musse gegeben werden. Ein klinischer Lehrer der Psychiatrie und ein Director einer Irrenanstalt sind nichts weniger als identisch. Man kann ein ganz guter Anstaltsdirector sein, ohne sein Leben lang neue Thatsachen oder Gedanken der Wissenschaft gegeben zu haben; man kann sehr viel für die Psychiatrie leisten und ein sehr guter Irrenarzt sein und doch vielleicht mit den Eigenschaften, die heutzutage zur Leitung der Anstalten für nöthig gehalten werden, wo man an vielen Orten den Directoren noch so viel Administratives zumuthet, grossen Beruf zu haben.

Der klinische Lehrer soll gar nicht ein blosser Anstaltsdirector, sondern etwas anderes, in einer Beziehung jedenfalls etwas mehr sein. Er soll unter keinen Umständen seiner Hauptaufgabe entzogen werden, dass man ihn beständig in das kleine Detail des Hausdienstes hineinnöthigt; das von Anderen ebensogut besorgt werden kann. Allerdings erfordert die Oberleitung des Asyls, die dem klinischen Lehrer jedenfalls anvertraut sein muss, mehr specielle eingehende Sorgfalt für die Einrichtungen zur Pflege der Kranken, als es vielleicht bei den anderen Kliniken der Fall sein mag (wiewohl in dieser Beziehung auch an den Chirurgen heutzutage mit Recht hohe Forderungen gestellt werden): aber wenn einmal von vornherein die Einrichtungen richtig gemacht und festgestellt sind, was jedenfalls zu den Hauptaufgaben des Klinikers gehört, dann wird man zu verlangen haben, dass der rechte Geist stets weiter wirkend von ihm ausgehe, wird ihn aber mit endlosen Details und der unablässigen Polypragmosyne des sogen. „Anstaltslebens" billigerweise verschonen und zwar nicht seiner Bequemlichkeit, sondern der Erfüllung seiner Hauptaufgabe wegen. Ein Mann der Wissenschaft und tüchtiger Practiker wird aber auch vom Publikum berathen werden und weit entfernt, ihm dies zu erschweren, wird man es ihm unter allen Umständen ermöglichen müssen. Auch dies wie bei jedem anderen Kliniker. So wenig man verlangt, dass der Lehrer der inneren, chirurgischen und obstetricischen Klinik keine anderen Kranken sehen soll, als die seiner Klinik, so wenig darf man dies von dem Lehrer der psychiatrischen Klinik fordern, nur dass er nicht seine Hauptaufgabe etwa darüber hintansetzen darf. Ja, es ist vielmehr bei dem gegenwärtigen Zustande der Wissenschaft das entschiedenste Erforderniss, dass er Kranke ausser seiner Klinik sehe und behandele theils weil der Lehrer auch diejenigen, zum Theil so äusserst interessanten psychopathischen Zustände, die nicht leicht in Anstalten kommen, kennen lernen, theils weil er auch anderweitige Nervenkranke, aus deren Beobachtung er so unendlich viel für sein Fach zu lernen hat, sehen und behandeln soll, denn die Psychiatrie ist nur ein Kapitel aus der Nervenpathologie.

(Fortsetzung folgt.)

Zu dem **Streit zwischen Irrenseelsorgern und den Irrenärzten** ergreift Pfarrer Pieper aus Gerresheim im Evangelischen Gemeindeblatt für Rheinland und Westphalen 1893, Nr. 44, das Wort. Wir citiren aus dem bemerkenswerthen Aufsatz Folgendes:

. . . . Eine Abwehr, welche abgesehen von dem sachlichen Gegensatz einen um so sehr offenen Character annahm, als man gerade diese Seite (die Aerzte, speciell die Directoren der Anstalten, an welchen die bei der Conferenz betheiligten Irrenseelsorger wirkten) von der Mittheilung der Berichte ausgeschlossen hatte. Liegt dieser Unterlassung schon ein bewusster Gegensatz zu Grunde, wenngleich der Vor-

sitzende in seinem eröffnenden ersten Bericht über den Stand der Dinge die Bemerkung einfliessen liess, es sei nicht die Absicht der Conferenz, gegen die Aerzte aufzutreten, so ist doch sein Bericht schon von mannigfacher Klage und schwerem Vorwurf durchzogen, und die anschliessenden Vorträge geben diesem Gegensatz einen noch unverkennbareren Ausdruck. Andererseits wird, namentlich von Pastor v. Bodelschwingh, in neuerdings üblicher Weise und unwidersprochen die Kirche grosser Versäumnisse geziehen und sollen dadurch die Vertreter der Kirche angetrieben werden, bessernde Hand anzulegen.

Nun hat nicht allein, noch vor der Tagung der diesjährigen Frankfurter Versammlung des Vereins deutscher Irrenärzte, der Illenauer Nachfolger des Pfarrers Hafner, der Anstaltsgeistliche Achtnich, ein Mitglied jener Seelsorgerconferenz, in der „Christlichen Welt" ein Wort der Verständigung veröffentlicht, das erste, das mit Bestimmtheit von einer anderen Grundlage ausging und dem auch die Aerzte zustimmen können und zustimmen, sondern es haben auf die bekannten irrenärztlichen geharnischten Thesen die meistgenannten Vorstandsmitglieder, Hafner und v. Bodelschwingh, in den Zeitungen Entgegnungen folgen lassen. Daraufhin konnte man hier und da Stimmen hören, als beruhe der Streit wesentlich auf einer nach Obigem begreiflichen Gereiztheit der Herren Aerzte, im Grunde jedoch auf Missverständnissen.

Indessen, man urtheile selbst, ob sachlich angesehen nur Missverständnisse oder nicht vielmehr Widersprüche vorliegen. Woran die Aerzte zunächst und hauptsächlich sich gestossen, und wogegen, als höchst bedenklich sie sich wie ein Mann erhoben haben, das waren die Anzeichen aus dem Schoosse der Conferenz, dass wenigstens hinter gewissen Erscheinungen des Irreseins dämonischer Ursprung gesehen wurde. Schon im Jahre 1888 schrieb Pastor v. Bodelschwingh in seinem „Christlichen Rathgeber für Epileptische": „Allein damit ist keineswegs gesagt, dass wir **in jedem Fall** von Fallsucht dämonische Einwirkungen oder Besessenheit zu erkennen haben." „Wir haben gar kein Anrecht u. s. w., in allen Fällen die Epilepsie auf eine directe Einwirkung des Satans zurückzuführen." Darin liegt doch: in einem Theil der Fälle allerdings.

Wenn nun im folgenden Jahre derselbe Referent vor der ersten Conferenz den Satz aufstellte: „Ein vom heiligen Geist verlassener oder gewissenlos verlassener Mensch ist nicht einfach geistlos. Seele und Leib wird dann ein wehrloser Tummelplatz anderer Geister", und nun unter anderem auf die von der heiligen Schrift erwähnten bösen Geister hinweist, wenn er ebenda sich berufen fühlte, aus dem Stegreif den überwundenen Streit, ob Geisteskrankheit oder Seelenkrankheit die richtige Bezeichnung sei, wieder aufzufrischen, um für den letzteren einzutreten und „Seele" in dem herkömmlich kirchlichen Sinn zu nehmen, um dann den Irrenarzt zum „leiblichen" (!) Arzt zu stempeln und mit dem berufenen Seelenarzt den Geistlichen zu meinen, wenn er unter diesen verwirrenden Voraussetzungen sich sodann zu den schon mehrfach in Anspruch genommenen Sätzen verstieg: „Im Allgemeinen kann gesagt werden, dass, je weniger der leibliche Arzt seine medicinischen Mittel bei den Gemüthskranken anwendet, desto besser ist es. Dieselben wirken in den meisten Fällen nur schädigend auf Leib und Seele; der leibliche Arzt kann aber immerhin manche gute Hülfe auch in der Seelenpflege bieten. Dennoch ist die Behandlung der kranken Seele die Hauptsache und diese sollte nicht in erster Linie oder gar allein dem Arzte zustehen" — — dann möchte man sich doch nur durch Unklarheit und Vergesslichkeit des allzu vielseitig beschäftigten Mannes seine jüngste „Erklärung" begreiflich zu machen suchen, dass ihm eine Lehre, welche die dem Irresein zu Grunde liegende Krankheit auf den Begriff der Seele und der Besessenheit zurückführt und den Irren für dämonisch krank ausgiebt", „völlig fremd" sei, dass er nie und niemals eine solche aufgestellt, sondern, wie er beweisen könne, schriftlich und mündlich das Gegentheil ausgesprochen habe, . . . dass es niemals vorgekommen, dass einer seiner 4000 Epileptischen, die in Bielefeld verpflegt worden, als dämonisch krank angesehen worden sei". Ob, fährt er in seiner Entgegnung fort, irgend ein Mitglied der Conferenz Anlass „zu solchen Missdeutungen" gegeben habe, sei ihm fremd; und doch hat er den gleichfolgenden Vortrag des Pastor G. Fliedner aus Kaiserswerth, gleichfalls Vorstandsmitglied, mitangehört oder nachher davon gelesen, der von dem Satz ausging: „Als Christen haben wir die

Aussprüche Christi und seiner Apostel und die Darstellung der Evangelisten auch in Bezug auf das Besessensein als volle und ganze Wahrheit zu glauben" und dann zu dem ferneren Satz kam: „Bei unseren Irren legen zahlreiche Erscheinungen den Gedanken an Einwirkung feindlicher, insonderheit unreiner Geister nahe" und zu schliessen: „Alle Besessenen waren Kranke, **manche Kranke sind Besessene".** Aehnlich steht es mit Aeusserungen des Pastor Hafner, der mit dem Ansehen eines früheren langjährigen Irrengeistlichen verwandten Ansichten eine physiologische Unterlage zu geben suchte, die in reichster practischer Erfahrung und ernster wissenschaftlicher Arbeit der Psychiatrie herausgearbeitete Unterscheidung der einzelnen Arten der Geisteskrankheiten und die Gruppirung dieser Formen zu wissenschaftlichen Systemen vor der Conferenz verwarf, statt ihrer eine Eintheilung in — uneigentliche und eigentliche für glücklicher hielt und damit „die ganze Conferenz so befriedigte, dass man, auch um der vorgerückten Zeit willen, von einer Verhandlung absah und nur den Vortrag im Druck zu sehen wünschte." In einem späteren Vortrag über Wahnsinn und Verbrechen bezeichnet derselbe den „Verbrecher als satanisch krank geworden, den Geisteskranken als dämonisch krank geworden", und in seiner neuesten Entgegnung beruft er sich auf seine schon ältere Bezeichnung „der Gesammtheit der seelisch organisirten Krankheitserreger" als die durch die heilige Schrift nahegelegte „dämonische Welt". — Dahin kommt man, wenn man die Bibel zur Autorität in Fragen des menschlichen Wissens und der Wissenschaft und nicht nur der Religion macht.

Wenn nun trotz alledem hinterher der eine wie der andere Sprecher auf der Conferenz die Geisteskranken (auch die geistesgestörten Epileptiker) für Kranke erklärt und sich dagegen sträubt, einen innigeren Zusammenhang zwischen Irresein und Sünde vorauszusetzen, als zwischen leiblicher Krankheit und Sünde, so wird man die Tonangeber jener Conferenz von inneren Unklarheiten, von Zwiespältigkeiten ihrer Anschauungen und von Anlässen zu dem ärztlichen Anstoss nicht freisprechen, und die Aerzte in ihren befürchtenden Folgerungen wohl verstehen können. —

Die jeden biblischen Buchstaben als Autorität betrachtende Richtung führt, wie Geheimrath Pelman in Frankfurt mit Recht bemerkte, folgerichtig zum Exorcismus, und hat, auch auf protestantischem Boden, dazu geführt.

Das ist die Consequenz, welche die Irrenärzte kommen sahen und gezogen haben, so erregt ihre zögernden Vertreter sie nachträglich von sich weisen. Sie ist aber um so weniger eine blosse logische Folgerung und theoretische Gefahr, als eben dieselben Kreise „practischer Leute" auf eine Reform der gesammten Irrenbehandlung in ihrem Sinn mit Hochdruck hinarbeiten wollten, und sie, soweit bisher schon an ihnen ist, in der Behandlung der Kranken disciplinarisch und religiös anders verfahren, als es an den unter ärztlicher Leitung stehenden Anstalten für heilsam gehalten wird, an welchen die aus individueller Behandlung sich ergebende individuelle Freiheit der Kranken (auch in religiöser Beziehung) möglichst zu achten, jetzt als eine Errungenschaft der stetig fortschreitenden psychiatrischen Erkenntniss gilt. —

Glücklicher Weise bilden diejenigen Anstaltsgeistlichen, welche zu jenen Anschauungen neigen, nur einen Theil unter den Theologen, welche überhaupt in der Lage waren, sich durch Anschauung und Studium ein Urtheil zur Sache zu bilden. —

Weniger noch werden die bisherigen Anstrengungen der Conferenz mit der gelegentlichen aber nicht zurückgewiesenen Forderung durchdringen, die Kirche müsse fortan nebenbei auch noch die Irrensache als ihr zukommendes, von ihr bislang vernachlässigtes Gebiet in ihre Hand nehmen. Was der armen Kirche nicht heutzutage alles aufgebürdet werden soll! Sie muss Schuld an allen Veränderungen der Zeit sein, die ausser ihrem Bereich liegen. Wie sollte sie denn den Beruf haben, das, was eine selbstständige Wissenschaft bisher erarbeitet hat, nun mehr oder weniger auf ihre eigenen Schultern zu laden! Ueberdies rechnet das vom 1. April dieses Jahres in Kraft getretene Irrenfürsorge-Reformgesetz nicht etwa auf die Liebesthätigkeit für die Pfleglinge, sondern verpflichtet für sie dieselbe Provinzialbehörde, die für die sachgemässe Behandlung der frischen Kranken bisher schon zu sorgen verpflichtet war.

Eine dienende Stellung an der Irrenpflege hat die evangelische Kirche aber stets inne gehabt und sie wird ihr auch von dem Verein der Irrenärzte ausdrücklich bereitwillig eingeräumt.

Auf den Aufsatz des Herrn Pfarrer Pieper über die Besessenen der Bibel (Evangel. Gemeindeblatt für Rheinland und Westphalen 1893, Nr. 40—43). ferner auf andere bedeutsame Aeusserungen von geistlicher Seite kommen wir zurück und danken vorläufig Herrn Pieper für seinen unparteiischen Epilog zu der litterarischen Fehde. Sommer.

Charcot, Cramer, Kjellberg †.

Drei berühmte Vertreter der Neurologie und Psychiatrie hat der Tod in kurzer Zeit ihrer bedeutsamen Thätigkeit entrissen.

Den enormen Einfluss, welchen **Charcot** auf die ganze Entwickelung unserer Wissenschaft gehabt hat, im einzelnen zu verfolgen, wird eine der interessantesten Aufgaben der allgemeinen Medicin-Geschichte sein. Der Grundgedanke der französischen und eines grossen Theils der deutschen Neurologie ist die Lehre von den typischen und den atypischen Fällen, den formes frustes. Wenn auch zur Zeit dieser Fixirung von Krankheitsschematen nach Kräften entgegengetreten und dafür eine pathogenetische Auffassung angestrebt werden muss, so müssen wir doch der grossen Persönlichkeit Charcot's, aus welcher jene Scheidung der formes typiques und der formes frustes hervorgegangen ist, gerecht werden. Charcot „entdeckte", indem er „sah". Aehnliche optische Bilder gestalteten sich ihm bei der Versenkung in die Erscheinungsformen der Dinge zu den „Typen". Die persönliche Geschichte Charcot's, der als junger Mann in der Salpêtrière an den Nervenkranken Dinge „sah", welche längst vorhanden, aber stets übersehen worden waren, bildet einen Wendepunkt in der Neurologie und Psychiatrie. In der categorischen Behauptung der gesehenen klinischen Thatsache gegenüber den in der Zeit herrschenden Theorien sehen wir den unversiegbaren Quell von Wissenschaft, den Charcot erschlossen hat.

Das mühevolle Suchen nach der anatomischen Veränderung des Nervensystems, welche der typischen Form zu Grunde liegt, ist der zweite Grundzug dieses bahnbrechenden Mannes. Diese combinirte Thätigkeit als psychologisch geschulter Kliniker und sorgfältiger Anatom ist die Basis seines Weltruhmes. Möge er der deutschen Neurologie als Vorbild dienen, damit sich Psychologie und Anatomie nicht befehden, sondern sich zur Lösung der psychologisch-anatomischen Aufgaben unserer Wissenschaft zusammenfinden!

Nicht so weithin sichtbar, aber ebenso fruchtbringend wie die Thätigkeit Charcot's war das stille und consequente Wirken **Cramer's,** den uns der Tod am 16. August 1893 entrissen hat. Seine Verdienste um die Organisation des Irrenwesens in Deutschland sind bekannt.

Ein Verzeichniss seiner wissenschaftlichen Veröffentlichungen kann nur ein ungenügendes Bild seiner wirklichen Bedeutung als Forscher und Lehrer geben. Cramer gehörte zu den Naturen, welche nicht in der litterarischen Fixirung, sondern vielmehr in der lebendigen Aeusserung der erfassten Gedanken beim Unterricht ihre Befriedigung finden.

Er gilt uns neben dem glänzenden Stern Charcot's als ein echter Vertreter der ruhigen Wissenschaft, welche in der Stille für die Zukunft schafft. Beide Männer sind gewissermassen Mustertypen ihres Volkes und unbekümmert um die politischen Dinge können wir sagen, dass sich diese Antithesen in vorzüglicher Weise ergänzen.

Noch ein dritter ist aus der Reihe der Psychiater geschieden: **Kjellberg**. Er war einer der ersten, welche für den ätiologischen Zusammenhang zwischen Syphilis und progressiver Paralyse eingetreten sind und die grosse Bedeutung des Nachweises ganz bestimmter exogener Ursachen von Geistesstörungen für die ganze Psychopathologie erfasst haben. Vielen wird er auch durch seine Persönlichkeit von seinen mehrfachen Reisen her in guter Erinnerung sein.

In Charcot und Kjellberg haben wir zwei Mitherausgeber und wirkliche Förderer unseres Blattes verloren.

Sommer.

V. Aus der Praxis.

Die Wärterfrage.

Von Dr. Sommer.

(Auszug aus dem bei der Jahresversammlung der südwestdeutschen Irrenärzte in Karlsruhe am 12. November 1893 gehaltenen Vortrag.*)

Nachdem einerseits der Verein deutscher Irrenärzte einstimmig erklärt hat, dass geistlich erzogenes Pflegepersonal im Hinblick auf die einheitliche ärztliche Leitung der Anstalten nicht zu empfehlen ist, nachdem andrerseits erfahrene Irrenärzte das ärztlicherseits ausgebildete Personal zum Theil noch für mangelhaft erklärt haben, ist es Pflicht der Irrenärzte, die Beseitigung der noch bestehenden Mängel ins Auge zu fassen. Die Mängel des Personals werden von manchen als ein Zustand betrachtet, welcher ohne eine völlige Aenderung in der Auswahl desselben nicht beseitigt werden könne. Seine Mangelhaftigkeit wird als endogener Zustand der zur Zeit zum Wartedienst verwendeten Personen betrachtet. Der eingreifendste Vorschlag, der bisher gemacht worden ist (von Dr. Hoppe), ist der, dass die Pfleger überhaupt aus einer anderen Schicht der Bevölkerung genommen werden sollen und zwar unter beträchtlicher Erhöhung der Gehälter. Dieser Ausweg ist verfehlt. Die Fehler des Irrenwartepersonals liegen nicht in einer besonderen degenerirten Beschaffenheit des zur Zeit vorhandenen, sondern in der allgemeinen menschlichen Natur, welcher in der Pflege von zum Theil aufgeregten, gewaltthätigen, unreinlichen und moralisch defecten Geisteskranken etwas zugemuthet wird, was gegen die unmittelbaren Aeusserungen der Natur geht. Dass z. B. ein Mensch, der geschlagen wird, in Zorn geräth, ist eine unmittelbare Reaction des natürlichen Menschen. Dies kommt in den vielen Fällen in Betracht, wo das Personal von Geisteskranken beleidigt und thätlich verletzt wird.

---

*) Anm. Weiterer Bericht über die Versammlung, aus welcher wir heute schon den Vortrag von Hecker (Wiesbaden) in extenso bringen, folgt. Sommer.

Nur durch die Bildung des Gedankens, dass es sich um Geisteskranke handelt, welche für ihre Handlungen nicht bestraft werden dürfen, können solche natürliche Reactionen unterdrückt werden.

Das Verbot einzelner Handlungen gegenüber von Geisteskranken wird immer ungenügend sein, um sie vor aller verletzenden Behandlungsweise zu schützen. Denn verletzende Behandlung giebt es im höchsten Grade, auch ohne dass gerade Rohheiten ausgeübt werden. Wenn jede Handlung des Pflegers von dem einen klaren Grundsatz geleitet wird, dass er einen Kranken vor sich hat, so wird er nicht bloss in legaler Weise Rohheiten vermeiden, sondern seine Kranken auch in Kleinigkeiten human behandeln. Die Ausbildung dieses Gedankens muss die Basis aller Personalerziehung sein, Theorieen, welche die Verantwortlichkeit der Geisteskranken festhalten, wie sie kürzlich z. B. von Pastor Hafner aufgestellt worden sind, werden ein in diesem Sinne erzogenes Personal schliesslich in praxi immer dazu führen müssen, die Kranken durch Entziehung von Annehmlichkeiten oder mechanische Mittel, z. B. Duschen und Prügel zu bestrafen.

Es fragt sich nun, ob man diesen Gedanken bei einer grösseren Menge von Pflegepersonen in übereinstimmender Weise zum Grundsatz ihres practischen Handelns ausbilden kann. Durch dauernde Wiederholung lässt sich in der That hier viel erreichen, aber immer wird es Fälle geben, in welchen dieser anerzogene Grundsatz durch das Verhalten der Geisteskranken gegen das Pflegepersonal auf eine harte Probe gestellt wird. — Es wird in der practischen Irrenpflege, mag man auch das Personal aus ganz verschiedenen Gesellschaftsschichten nehmen, mag es geistlich oder weltlich erzogen sein (im ersten Fall noch viel leichter) Fälle geben, wo der natürliche Trieb, Menschen für ihre Handlungen verantwortlich zu machen, leicht den Geisteskranken gegenüber fälschlicherweise zum Durchbruch kommt.

Der Vorschlag, eine andere Bevölkerungsschicht heranzuziehen, wird also nichts helfen, und man würde nur ein schwächlicheres und nervöseres Personal mit mehr Lebensansprüchen bekommen, das in Bezug auf die Behandlung der Kranken nicht über dem gegenwärtigen stehen würde.

Es giebt nun aber neben der Personalerziehung, welche die schwere Aufgabe hat, gegen die natürlichen Regungen der Menschen ein gedanklich-moralisches Moment zu schaffen, noch eine andere Methode, welche viel sicherer als jene alle Uebelstände ausschliessen würde: die permanente Tag und Nacht durchgeführte ärztliche Ueberwachung des Personals bezw. der Kranken. Die „Wärterfrage“ würde überhaupt nich vorhanden sein, wenn eine dauernde Ueberwachung des Personals und der Kranken durch Aerzte sich durchführen liesse.

Wenn auch dieses Ideal nur in einem später zu erwähnenden Falle zu erreichen ist, so erscheint doch dieses maximum von ärztlicher Aufsicht principiell als der einzige Weg, auf welchem eine Verminderung der bestehenden und mit der menschlichen Natur unmittelbar verbundenen Uebelstände in der Verpflegung schwer tractabler Geisteskranker angestrebt werden muss. Practisch wird es nun auch gar nicht nöthig sein, das Wartepersonal wirklich dauernd unter ärztlicher Aufsicht zu halten. Das Entscheidende sind die ersten Monate der Ausbildung in der Irrenflege.

In dieser Zeit müsste der Wärter in einer Abtheilung beschäftigt werden, welche für schwer zu behandelnde Kranke bestimmt ist und die unter fast permanenter ärztlicher Aufsicht zu stehen hätte. Practisch kommt hierfür die Aufnahme- und Wachabtheilung in Betracht.

Für diese speciell zur Ausbildung des Personals bestimmten Stationen wäre in unmittelbarer Nähe eine ärztliche Wache zu postiren, welche bei allen schwereren Erregungszuständen, die hauptsächlich Anlass zu Explosionen von Rohheit bei dem Personal geben könnten, gerufen werden kann. Ich möchte eine ähnliche Einrichtung befürworten, wie die der wachhabenden Aerzte in den Lazarethen oder der poliklinischen Aerzte in den geburtshilflichen Kliniken.

Es frägt sich nun, wo man das ärztliche Personal hernehmen soll, um diesen erhöhten Ansprüchen zu genügen. Zunächst zeigt sich, dass die an den Irrenanstalten schon vorhandene Zahl von Aerzten, welche unbestritten ihr Möglichstes thun, eine viel intensivere Aufsicht ausüben könnten, wenn bei der Anlage von **Arztwohnungen** auf das Princip der maximalsten Nähe bei den Abtheilungen der schwer Kranken Rücksicht genommen wäre. Wenn man die bauliche Anlage einer Reihe von existirenden Irrenanstalten betrachtet, zeigt sich, dass durch die Lage der Arztwohnungen z. B. die so sehr wichtige nächtliche Controle des Wachpersonals fast ganz unmöglich ist. Meistens sind die Assistenzärzte in den Verwaltungsgebäuden, die Directoren und zweiten Aerzte oft in einem besonderen Hause untergebracht.

An manchen Irrenanstalten muss der Arzt in den Winternächten 5—10 Minuten durch Schnee waten, wenn er seine Wachen controliren will. (Controlle mit den sogenannten Wachuhren genügt nicht, um Garantie für richtige Behandlung der Unreinlichen, Aufgeregten etc. zu bieten.) Man muss den Satz aufstellen: Die Arztwohnungen müssen so angelegt werden, dass die Aerzte in der nächsten Nähe der am schwersten zu behandelnden Kranken (Wachsäle!) sind, andererseits in ihrem Privatleben von den störenden Eindrücken der Anstalt getrennt sind. Diese scheinbar widersprechenden Forderungen lassen sich bei richtiger baulicher Anlage besonders durch Benützung von Verbindungsgängen sehr gut erfüllen. (S. zeigte in Karlsruhe, dass an den von ihm erwähnten Anstalten durch eine andere Vertheilung der Arztwohnungen, ohne das Privatleben der Aerzte übermässig einzuengen und in den Kreis der engeren Anstalt zu ziehen, eine viel intensivere Aufsicht und Sorge für die Kranken sich ermöglichen liesse.)

An zweiter Stelle ist die Vermehrung des ärztlichen Personals zu nennen als remedium der bestehenden Uebelstände zugleich mit der Forderung, dass die Wohnungen dieser eventuellen neuen Aerzte nach dem Princip der maximalsten Aufsicht dicht an die Wachabtheilungen gelegt werden sollen.

Dieser Punkt ist besonders im Hinblick auf die Vermehrung der ärztlichen Hilfskräfte wichtig, welche nach der Reorganisation der medicinischen Prüfungsordnung durch Einführung des Practicantenjahres eintreten wird.

Ferner kann, wenn die Psychiatrie als Prüfungsgegenstand in das Staatsexamen aufgenommen wird, was gerade die Vertreter der practischen Aerzte öfter lebhaft verlangt haben, durch Organisation des Practicantendienstes wenigstens an den Kliniken wirklich eine dauernde hilfsärztliche Ueberwachung der schwierigen Stationen durchgeführt werden.

Dabei wird die Ausbildung der jungen Mediciner in der Psychiatrie durch die damit verknüpfte intensive Beobachtung von krankhaften Geisteszuständen am besten gefördert werden.

Ich komme also zu folgenden Sätzen:

1. Die Fehler, welche das geistlich und weltlich erzogene Irrenwartepersonal hat, entspringen nicht einer besonders degenerirten Beschaffenheit desselben, sondern liegen in der allgemein menschlichen Natur.

2. Die beste Art der Erziehung für das Personal ist die Nähe des Arztes bei den schwer Kranken.

3. Bei der baulichen Anlage an Irrenanstalten muss viel mehr als bisher die Ueberwachung von Kranken und Personal durch Aerzte in Betracht gezogen werden. Dem entsprechend ist die Lage der Arztwohnungen zu wählen.

4. Da sich die competenten Behörden nur in mässigem Grade entschliessen werden, die Zahl der bezahlten Assistentenstellen zu vermehren, so kann das Problem des Irrenwartedienstes nur im Zusammenhange mit der Reorganisation des medicinischen Unterrichts gelöst werden, wodurch die Irrenanstalten eine Menge mediciniseher Hilfskräfte gewinnen können.

5. Sobald Psychiatrie Examensfach wird, wäre es durch Verwendung der Practicanten wenigstens für die Kliniken, welche als Stadtasyle relativ am meisten frisch aufgeregte Kranke aufnehmen müssen, ermöglicht, dicht neben die Wachabtheilungen für die schwer Kranken ältere Medicinstudenten oder Volontäre Tag und Nacht abwechselnd zu postiren. Die Stellung dieser aus den Hörern der Klinik auszuwählenden Practicanten würde ähnlich sein, wie die der poliklinischen Unterassistenten an den geburtshilflichen Kliniken. (Selbstbericht.)

WELLCOME INSTITUTE LIBRARY